

PROGRAMME-SERVICES

DÉPENDANCES

- Contexte, définition et état de situation
- Orientations régionales
- Plan régional de mise en oeuvre

Estrie 2007-2010

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Le 16 mai 2007

Document disponible sur le site Web de l'Agence
www.santeestrie.qc.ca/agence

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives du Canada
ISBN 978-2-921776-58-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-921776-59-2 (version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I : Contexte, définition et état de situation régional

PARTIE II : Orientations régionales 2006-2010

PARTIE III : Plan régional de mise en œuvre

ANNEXES

Contributions à l'élaboration du Programme-services Dépendances

Nous tenons à remercier chaleureusement chacune des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Les membres du Comité directeur sur les orientations régionales en Dépendances

Bernard Lacroix, Commission scolaire des Hauts-Cantons
Camille Chénard, Élixir
Daniel Richard, Centre jeunesse de l'Estrie
Charles Lamontagne, Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
Denis Bougie, Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges
Denise Jourdenais, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Jacques Reinbold, CSSS de la MRC-de-Coaticook
Jean Delisle, Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges
Lise Roy, Université de Sherbrooke – Santé communautaire
Marie-Thérèse Payre, Agence de l'Estrie
Mario Morand, CSSS des Sources
Nathalie Ouellet, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Sandra Brassard, Agence de l'Estrie
Suzanne Laflamme, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Sylvie Paré, Le Domaine de la Sobriété

Les collaborateurs et collaboratrices de l'Agence de l'Estrie

François William Tremblay, Direction de santé publique et de l'évaluation
Ginette Noël, Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
Michael Rochette, Direction de l'organisation des services
Nicole Berthiaume, Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
Pierrette Turgeon, Direction des ressources financières informationnelles et matérielles

Direction de l'organisation des services

Lynda Périgny, directrice, Agence de l'Estrie
Sandra Brassard, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de l'Estrie

Mise en pages et traitement de texte

Nicole Calvert, adjointe administrative, Agence de l'Estrie

Coordination des travaux, rédaction

Marie-Thérèse Payre, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de l'Estrie

Sigles utilisés dans le document

Agence de l'Estrie	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
ALV	Appareil de loterie vidéo
CH	Centre hospitalier
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CJ	Centre jeunesse
CJE	Centre jeunesse de l'Estrie
CLSC	Centre local de services communautaires
CNDE-Dixville	Regroupement CNDE-Dixville
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DÉBA-A/D	Détection et évaluation du besoin d'aide alcool/drogues
DEP-ADO	Dépistage-Adolescent
DSP	Direction de la santé publique
DSPE	Direction de la santé publique et de l'évaluation
ESCC	Enquête de santé sur les collectivités canadiennes
ETCAF	Ensemble des troubles liés à l'alcoolisation fœtale
GMF	Groupe de médecine de famille
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'éducation, des loisirs et des sports
MOS	Modèle d'organisation de services
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
PRIE	Plan régional d'informatisation de l'Estrie
PR-SOC	Programme régional de soutien aux organismes communautaires
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régime d'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SIC	Système d'information clientèle
SSS	Santé services sociaux
TED	Troubles envahissants du développement
THC	Tétrahydrocamabinol
TRRH	Table des responsables des ressources humaines
VMC	Villa Marie-Claire inc.

PARTIE 1 :

Contexte, définition
et état de situation régional

1. INTRODUCTION

Consommer de l'alcool, des médicaments psychotropes, de la drogue ou s'adonner à des jeux de hasard et d'argent sont des comportements répandus dans les populations et le Québec n'y fait pas exception. Cependant, les individus ne sont pas « égaux» face à ces comportements et certains sont nettement plus vulnérables que d'autres. L'origine de cette vulnérabilité peut être d'ordre génétique, biologique, psychologique ou social. Seule une minorité se trouve à développer des problèmes de dépendances, mais une proportion plus importante d'individus affronte divers problèmes liés à la consommation de substances ou à la pratique des jeux de hasard et d'argent. La problématique de dépendance aux substances ou au jeu se développe selon une trajectoire insidieuse de plusieurs mois, voire plusieurs années. Des interventions appropriées et adaptées peuvent influencer fortement et positivement les individus engagés sur cette trajectoire. Depuis quelques années, la démonstration a été faite que, pour la majorité des individus, les interventions les plus prometteuses sont celles qui se situent tôt dans le processus de développement du problème. Or, les programmations ont été principalement élaborées en fonction des clientèles dépendantes et les lacunes identifiées ont le plus souvent portées sur les services à cette clientèle. Ce qui a (légitimement) permis le développement d'un réseau d'établissements spécialisés en toxicomanie et de services de deuxième ligne plus cohérents et organisés au Québec depuis les 20 dernières années.

Depuis plus récemment (fin des années '90) des efforts ont été mis à mieux définir le volet d'activités de recherche de cas-évaluation-orientation ainsi qu'à statuer sur des outils validés et standardisés utilisables en première ligne.

En insistant sur l'importance de la gamme de services en dépendances, l'offre de service relance les travaux sur l'ensemble des services en dépendances, spécialement sur la première ligne en toxicomanie, et ce, sous l'angle de l'accessibilité, la continuité et la qualité.

La terminologie de Dépendances englobe la toxicomanie (consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes) et le jeu pathologique (pratique des jeux de hasard et d'argent). Elle ne comprend pas dans le présent document d'autres dépendances comme la cyberdépendance dont les contours sont encore flous et les données probantes peu établies.

2. CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DES ORIENTATIONS RÉGIONALES DU PROGRAMME DÉPENDANCES

2.1 L'environnement législatif ou les réseaux locaux de services

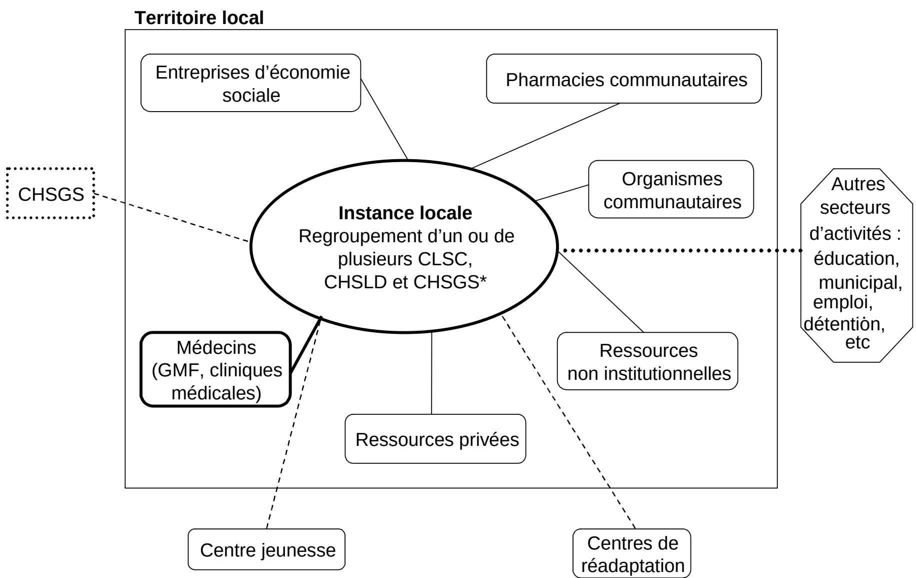
En décembre 2003, une loi (Loi 25) a introduit au cœur du réseau de la santé et des services sociaux deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. L'objectif ultime est le décloisonnement de la gestion du réseau pour faciliter le cheminement des personnes à l'intérieur de ce réseau complexe. Il s'agit aussi d'assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité de services pour la population selon les modalités suivantes :

- en offrant le plus large éventail possible de services de première ligne, proches du milieu de vie du plus grand nombre;
- en mettant en place des mécanismes de référence et de suivi entre les services de première ligne et les services spécialisés, voire surspécialisés.

Pour ce faire, il a été confié aux agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (anciennement régies régionales) la responsabilité de mettre en place un mode d'organisation des services de santé et services sociaux basé non plus sur les établissements à mission spécifique, mais sur des réseaux locaux de services. Au cœur de chaque réseau local se trouve un établissement, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centres hospitaliers (CH), dans certains cas.

Cette nouvelle organisation des services à partir des réseaux locaux de services met en évidence une responsabilité des dispensateurs de services de santé et services sociaux envers la population et le résultat attendu est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Les acteurs dans le réseau local de services



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.

Source : MSSS, « L'intégration des services de santé et des services sociaux », *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Février 2004

Le CSSS est maître d'œuvre de l'organisation des services sur son territoire.

2.2 L'approche populationnelle

Au cœur de cette transformation souhaitée des services publics en santé et services sociaux se trouve le passage d'une logique de production de services à un objectif d'assurer un état de santé maximal, compte tenu des ressources disponibles et des besoins de la population d'un territoire. L'offre de service est modulée en fonction d'une population et non des individus qui consomment les services et les acteurs d'un réseau local de services ont une responsabilité partagée envers la population de leur territoire. Cette vision différente a ses enjeux. Les choix et les décisions de services pourraient être ceux ayant le plus d'impact sur la population. On parle de proactivité, et non de réactivité dans l'offre de service, en vue de diminuer ou minimiser les risques et d'améliorer les conditions des plus vulnérables. Il ne s'agit plus de se limiter à traiter les problèmes de santé lorsqu'ils se manifestent, mais de développer des stratégies accordant de l'importance à la promotion de la santé, à la prévention et au dépistage précoce des maladies.

2.3 Le projet clinique

Le CSSS doit mobiliser ses partenaires du réseau local de services pour élaborer un projet clinique et organisationnel, interdisciplinaire et complémentaire, pour assurer l'accessibilité la continuité et la qualité des services sur son territoire.

Le MSSS définit le projet clinique de la façon suivante :

> *« Le projet clinique du réseau local réfère à une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion/prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs ».*

Pour transiter vers ce type d'offre de service, il est indispensable de hiérarchiser les services et les coordonner. La mise en ordre des différents éléments qui composent l'offre de service et la traduction en plan de mise en œuvre (programmation) constitue la pierre angulaire du projet clinique d'un réseau local de services dont le CSSS est le maître d'œuvre sur son territoire.

2.4 Les programmes-services

Pour sortir de la stricte logique d'approche par établissement et afin de favoriser la mise en place d'un continuum de services dans une perspective populationnelle, les changements amorcés par le MSSS proposent aussi une approche par programmes. Les programmes-services sont au nombre de neuf :

- Deux programmes qui répondent à des besoins touchant l'ensemble de la population, soit le programme « Santé publique » et le programme « Services généraux » ;
- Sept programmes-services répondant à des problématiques particulières, dont « Dépendances ».[1]

Chaque programme-services comprend des services de première ligne[2], des services spécialisés et des services surspécialisés.

3. LE PROGRAMME-SERVICE DÉPENDANCES

3.1 La définition et les orientations du MSSS

Le terme « Dépendances » remplace « Alcoolisme-toxicomanie ». Ce changement d'appellation vise à « élargir la perspective et adopter une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle que soit la cause ».[3]

Le MSSS poursuit dans la même ligne d'orientations dans ce programme depuis plusieurs années, le tout appuyé sur la recherche et les données probantes disponibles. Ainsi, déjà en 1990, les Orientations ministérielles en toxicomanie retenaient les objectifs suivants :

- Privilégier l'intervention précoce ou de première ligne;
- Assurer aux personnes toxicomanes ou alcooliques, l'organisation et l'accès à des services de qualité, adaptés à leurs besoins;
- Prévoir des mécanismes permettant la concertation de divers partenaires dans l'intervention auprès des personnes alcooliques ou toxicomanes.

Les principes directeurs associés à ces objectifs étant :

- une approche globale;
- une intervention qui respecte la personne;
- des programmes et services accessibles à tous;
- le milieu naturel comme lieu d'intervention;
- une intervention soucieuse de qualité et d'efficacité;
- une attention particulière à certains groupes cibles.

Des progrès importants ont été accomplis au cours des quinze dernières années dans l'organisation et la prestation de services aux personnes alcooliques et toxicomanes.

Par ses planifications et orientations plus récentes le MSSS veut amener le réseau à faire un pas de plus, particulièrement en ce qui concerne les maillons faibles du continuum de services. Ainsi, les documents ministériels sur l'offre de service en dépendances fixent donc comme objectif global de réduire la prévalence et la gravité des problèmes de dépendance par une offre de service déployant la gamme des services en toxicomanie et jeu pathologique sur l'ensemble du territoire québécois et selon des critères d'accessibilité, continuité et qualité. On y parle aussi d'efficacité et d'efficience.

---

[1] Les six autres programmes sont : « Perte d'autonomie liée au vieillissement », « Déficience physique », « Déficience intellectuelle et TED (troubles envahissant du développement) », « Jeunes en difficulté », « Santé mentale », « Santé physique ».

[2] Ou intervention précoce/prévention secondaire.

[3] MSSS (2004). Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, selon le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 et les autres documents récents élaborés par le MSSS en vue de soutenir l'élaboration des projets cliniques en Dépendances (avril 2005 et novembre 2006), on peut lire que :

- Augmenter l'**accessibilité** signifie :
  - Uniformiser les procédures de repérage de la clientèle à risque, et ce, par l'utilisation des outils validés et standardisés[4] ;
  - Intégrer à la pratique des intervenants des services généraux des CSSS le counselling, particulièrement sur l'alcool;
  - Développer une offre de service spécifique en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des clientèles les plus vulnérables;
  - Augmenter l'offre de service spécialisé adapté aux besoins de clientèles particulières (ex. : femmes avec enfants, personnes avec problèmes de santé mentale, jeunes en difficulté, etc.);
  - Adopter l'approche de la réduction des méfaits qui permet de rejoindre les personnes dont la motivation à cesser totalement leur consommation est moins élevée.
- Assurer la **continuité** signifie :
  - Établir des ententes et des mécanismes de liaison formels entre les services de 1re ligne (milieux scolaires, CSSS, GMF, cliniques privées, etc.) et les services spécialisés afin que le passage d'un niveau de service à un autre se fasse de façon cohérente et sans rupture;
  - Utiliser des outils d'évaluation standardisés;
  - Hiérarchiser les services et soutenir cette hiérarchisation par des mécanismes bidirectionnels de référence pour un accès rapide et privilégié aux personnes référées, mais aussi un retour facilité en première ligne lorsque requis;
  - Appuyer l'intervention concertée (lorsque requise) sur un PSI structuré, établi en fonction des besoins de la personne.
- Augmenter la **qualité** signifie :
  - Encadrer la prestation des services (de première ligne ou spécialisés) : cadres de référence et guides de bonne pratique; formation continue des intervenants; mise à contribution de l'expertise de la 2e ligne pour supporter la 1re ligne;
  - Augmenter le nombre de ressources privées et communautaires accréditées par le MSSS.
  - Augmenter la variété des approches proposées tout en respectant les meilleures pratiques (ex. :cognitivo-comportementale, réduction des méfaits…).

3.2 Les clientèles priorisées dans l'offre de service du MSSS

La clientèle du programme est toute personne qui présente des comportements à risque, des problèmes d'abus ou des problèmes de dépendance, mais le MSSS souhaite une attention particulière pour :

- Les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants,
- Les jeunes en difficulté,
- Les personnes avec des problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, le MSSS souhaite que les CRPAT considèrent les besoins particuliers des personnes judiciarisées, les jeunes adultes, les personnes âgées, les personnes en état d'intoxication sévère et celles ayant besoin de traitement de substitution.

3.3 Quelques définitions relatives aux types de consommation

La notion de *consommation à risque* fait référence à une quantité et un patron de consommation causant une augmentation significative de la probabilité d'émergence de problèmes associés à

[4] Le MSSS préconise depuis plusieurs années DEP-ADO pour les jeunes, DÉBA-A/D et plus récemment, DEBA-jeu, pour les adultes.

cette consommation, et ce, pour la majorité des adultes en santé (Bondy et al, 1999). Ces problèmes pourraient être de divers ordres (maladies physiques, accidents, problèmes psychologiques, sociaux ou judiciaires), mais ne sont pas encore apparus. L'intervention requise est plutôt de type préventif pour contrer l'apparition des problèmes.

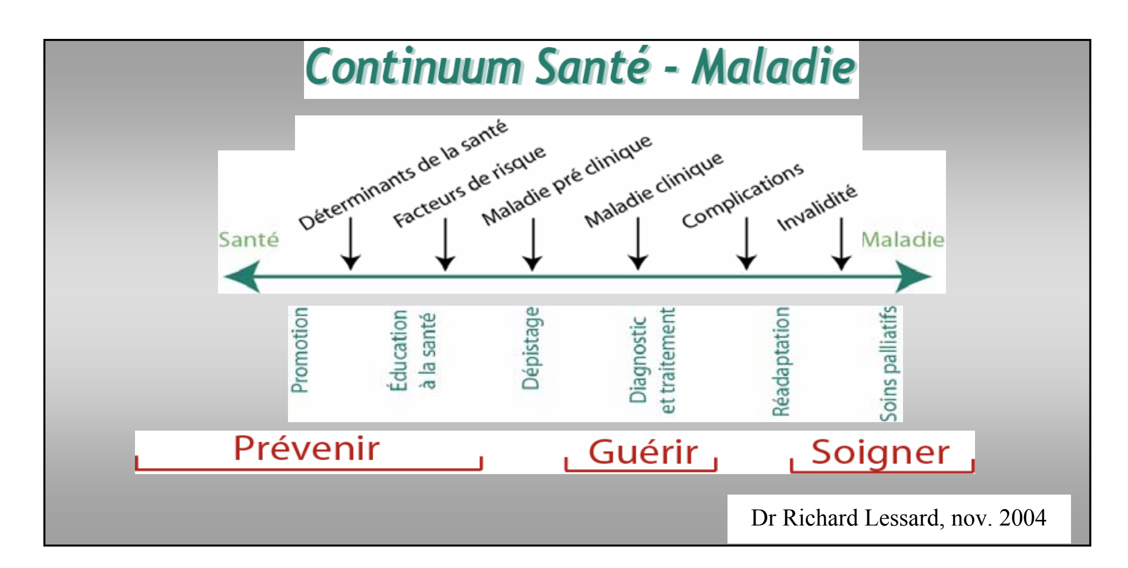
La *consommation problématique* est celle par laquelle l'individu expérimente concrètement des problèmes directement associés à sa consommation. Il s'agit de conflits interpersonnels, de difficultés financières, de prise de risque injustifiée, de démêlés judiciaires comme arrestation pour ébriété. Toutefois, l'intensité des problèmes ne justifie pas un diagnostic d'abus. L'intervention requise est de type première ligne pour limiter l'aggravation des problèmes.

Le *diagnostic d'abus* (selon le DSM-IV) est établi lorsqu'il y a présence de conséquences indésirables, récurrentes et significatives, en lien avec une utilisation répétée de la substance. Les problèmes doivent survenir de manière répétée sur une période continue de douze mois. L'intervention requise est de type spécialisé.

La caractéristique essentielle de la *dépendance* à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que l'individu continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à celle-ci. Le diagnostic doit être complété par la mention de la présence ou non de dépendance physique. Dans la version française du DSM-IV, les auteurs ont conservé un critère d'intensité qui qualifie la dépendance de légère, moyenne ou grave.

Le tableau et le graphique qui suivent présentent le continuum de risque lié à la consommation d'alcool et le continuum santé-maladie.[5]

Abstinence, consommation sans risque ou à faible risque	Consommation à risque ou problématique	Diagnostic de troubles liés à une substance (DSM-IV)
Abstinence Aucune consommation **Consommation modérée** Consommation hebdomadaire régulière égale ou inférieure à : - 9 chez les femmes - 14 chez les hommes	**Consommation à risque** Consommation d'un volume important Consommation* hebdomadaire de : - 10 à 35 chez les femmes - 15 à 35 chez les hommes Intoxications (calage) * (1 consommation = 1 bière (12 oz), 1 verre de vin (4,5 oz) <u>ou</u> 1 verre de spiritueux (1,5 oz) **Consommation problématique** Consommation d'un volume important et intoxications avec problèmes associés	**Abus** Présence d'au moins 1 des critères de problèmes psychosociaux ou de comportement, au cours d'une période de 12 mois **Dépendance** Présence d'au moins 3 des critères de problèmes physiques, psychosociaux ou comportementaux, sur une période continue de 12 mois au moins



[5] Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. (2001). *Services de première ligne en alcoolisme et toxicomanie*. Auteurs : April, N. et Rouillard, P.

3.4 Les étapes du continuum de services en dépendances

La promotion de la santé et la prévention

C'est dans un document intitulé «Pour une approche pragmatique en prévention» que l'on trouve les deux grands axes d'intervention préconisés par le MSSS en prévention : 1) agir en amont des problèmes d'adaptation sociale et 2) prévenir les risques de conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychotropes. En lien avec les priorités de santé publique le MSSS prône la mise en place de programmations pour le développement des enfants d'âge préscolaire, pour le soutien aux parents, pour la prévention en milieu scolaire, via les ententes de complémentarité MELS-MSSS (approche globale et concertée, de type *École en santé*). Ces éléments font consensus et figurent dans le Programme national de santé publique, ils ne sont donc pas repris dans les documents rédigés par le MSSS sur l'offre de service en dépendances.

L'intervention précoce ou de première ligne en dépendances

Les étapes de la promotion de la santé et prévention primaire ainsi que le traitement, incluant la désintoxication, sont bien campées dans le champ des dépendances. Cependant, une zone plus floue concerne les services aux personnes qui ne sont pas dépendantes mais dont la consommation de psychotropes ou la pratique des jeux de hasard et d'argent présente des risques ou génère des effets néfastes pour elles ou leur entourage. Ces personnes font partie des préoccupations du MSSS. Pour accentuer la détection de la toxicomanie et l'intervention précoce[6] auprès de ces personnes, le plan interministériel propose des actions structurantes et considère que :

> « *L'intervention précoce* doit être davantage intégrée à l'ensemble des services de santé et services sociaux offerts en première ligne puisqu'ils constituent un moyen privilégié pour joindre les clientèles. Une telle intégration aura pour effet d'améliorer la continuité des services en offrant une intervention à un plus grand nombre de personnes et en appariant davantage les services à leurs besoins. Les CSSS constituent la porte d'entrée principale (…). Par ailleurs, les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques privées sont aussi amenés à jouer un rôle prépondérant dans l'intervention précoce en toxicomanie. » (Plan d'action interministériel 2006-2011, p. 51).

Dans le cas des CSSS, l'intervention précoce est une pratique clinique préventive qui fait partie des services généraux. Dans le cas des GMF et des cliniques privées, l'intervention précoce ou brève en dépendances s'inscrit aussi dans les pratiques cliniques préventives. Ces pratiques sont décrites comme un ensemble d'interventions (counselling, dépistage, etc.) permettant d'agir en amont des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables. L'intervention précoce débute par la recherche ou détection de cas. Elle consiste à poser des questions spécifiques sur le sujet (par exemple les habitudes de consommation d'alcool) à toutes les personnes venues consulter même si la raison de la consultation n'a rien à voir avec la consommation. Dépendamment des réponses et face à des clients pour lesquels il semble y avoir plus de risques, l'administration d'un outil de détection est appropriée.

Dans le guide canadien de médecine préventive clinique, il est recommandé de faire la recherche de cas, en s'appuyant sur trois constats : la prévalence élevée de consommation à risque et des troubles associés à la consommation d'alcool; la possibilité d'intervenir précocement et le fait qu'il existe des tests valides pour reconnaître les problèmes recherchés.

Les tests validés et standardisés sur lesquels les intervenants de première ligne ont été formés en Estrie sont DEP-ADO[7] (pour les jeunes) et DÉBA-A/D[8] pour les adultes. DÉBA-jeu est en cours d'implantation. Les outils permettent de discriminer les clientèles qui relèvent de la 1re ligne de celles à référer en 2e ligne.

---

[6] Ou intervention brève ou counselling bref. Fait référence à un suivi de trois interventions environ dont l'objectif peut être soit de régler le problème (qui était léger), soit de stimuler la motivation de la personne à aller chercher des services plus soutenus (des services spécifiques au CSSS ou des services spécialisés en CRPAT).

[7] DEP-ADO = Dépistage-adolescent.

[8] DÉBA = Détection et évaluation du besoin d'aide.

L'intervention de première ligne est aussi nommée intervention précoce (faisant référence au fait qu'il s'agit d'intervention sur un problème peu sévère) ou intervention brève (on parle d'efficacité avec environ trois rencontres). Dans la majorité des cas, la démarche implique que l'intervenant aide la personne à faire une *prise de conscience* et lui donne des *conseils* pour réduire sa consommation. La passation d'outil comme DEP-ADO ou DEBA constitue l'étape de prise de conscience.

Outre les outils validés et standardisés, nous disposons d'une autre intervention pouvant être développée en CSSS, il s'agit d'une intervention sur un problème encore au stade de l'émergence, mais bien spécifique : la consommation élevée d'alcool. Alcochoix+ (programme d'autogestion de la consommation d'alcool) a été conçu pour des « gros » buveurs[9] et, selon le MSSS, il peut faire partie des services spécifiques en dépendances proposés par les CSSS.

La désintoxication

La désintoxication représente la première étape du traitement. Elle est associée à la dimension biologique de celui-ci. Cette étape vise à supprimer les effets de l'intoxication et l'intoxication elle-même. On peut aussi la définir comme l'action par laquelle l'organisme se débarrasse des toxiques. C'est une affaire de temps pouvant comporter des signes mineurs ou majeurs de sevrage. La phase de désintoxication va se dérouler différemment selon le produit consommé, le mode de consommation, la condition psychologique et physique de la personne intoxiquée, mais aussi l'environnement familial et social.

En cas de signes mineurs de sevrage, les interventions requises visent le soutien et le réconfort émotionnel ainsi que des mesures alimentaires appropriées (ex. : maintien de l'hydratation lors des sevrages à l'héroïne). La personne peut rester dans son milieu de vie naturel ou dans un milieu semi-protégé.

En cas de signes majeurs de sevrage, une assistance médicale est requise. La durée de cette assistance varie. Elle peut aller de l'observation quelques heures à l'hospitalisation de courte durée. L'intensité de l'encadrement requis varie aussi et des collaborations doivent être établies entre les dispensateurs de services de façon à graduer l'intensité des services. Par exemple, une désintoxication peut être initiée en milieu hospitalier avec encadrement médical puis, une fois le client stabilisé, se poursuivre en milieu semi-protégé, voire naturel.

La réadaptation

La réadaptation est l'étape de reconstruction par la personne de son équilibre physique, psychologique et social. C'est un apprentissage ou réapprentissage de l'autonomie. Cette étape se fait habituellement dans la communauté (services en externe), mais dans certains cas peut se réaliser en interne (hébergement). Les résultats de recherche sur l'efficacité des programmes (meilleures pratiques) ont démontré que les programmes de réadaptation dispensés sur une base externe sont plus efficaces et doivent donc être privilégiés chaque fois que possible. Cependant, **après évaluation**[10], pour des clients présentant des profils spécifiques, il peut être décidé que l'hébergement est requis.

D'après la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la réadaptation ne peut se faire qu'en établissement public. Le secteur privé ou communautaire utilise d'autres terminologies : thérapie, réhabilitation, traitement, cure.

En cohérence avec les meilleures pratiques, le réseau public de services de réadaptation en toxicomanie a orienté ses services en privilégiant les services externes et le nombre de places d'hébergement disponibles a diminué depuis les quinze dernières années. Dans le réseau communautaire ou privé, les services sont offerts généralement avec hébergement. Dans ces ressources, la durée de séjour proposée varie de 21 jours (durée standard d'une « cure ») à douze mois (communautés thérapeutiques).

---

[9] Hommes et femmes buvant entre 15 et 35 consommation d'alcool par semaine. Actuellement au Québec, Alcochoix+ rejoint des femmes qui boivent entre 20 et 29 consommations/semaine et des hommes buvant entre 30 à 35 consommations/semaine.

[10] L'outil d'évaluation utilisé par la majorité des CRPAT du Québec est l'IGT (indice de gravité d'une toxicomanie).

La réinsertion

Cette étape est celle qui permet à la personne de maintenir ou renforcer l'autonomie acquise. Il s'agit de faire en sorte que les gains thérapeutiques et les apprentissages dans le traitement se maintiennent de façon durable et se généralisent. Les besoins varient beaucoup d'un individu à un autre et ils sont tributaires du réseau social, familial (existant ou non) de la personne ainsi que de ses ressources personnelles en termes de scolarisation, emploi, etc.

Les personnes ayant ou ayant eu un problème de dépendances sont très souvent victimes de préjugés dans la population. Ces préjugés s'ajoutent aux difficultés qu'elles rencontrent et affectent leur réinsertion en les empêchant parfois d'accéder à ce qui, justement, les aiderait à maintenir un mode de vie sans fuite dans une dépendance. L'emploi et le logement sont deux éléments pointés par la littérature sur le sujet comme déterminants pour éviter les rechutes et augmenter le taux de réadaptation réussie.

Ces personnes ont donc particulièrement besoin d'aide pour la réinsertion dans leur milieu de vie, pour la réintégration graduelle sur le marché du travail ou aux études ou encore pour bénéficier d'un hébergement adapté lorsque, par exemple, la toxicomanie s'est doublée d'un problème persistant de santé mentale. De plus, l'alcoolisme et la toxicomanie peuvent affecter sévèrement la santé physique d'un individu et, au moment de sa réinsertion, il peut nécessiter des services en lien avec un état de santé détérioré.

Les objectifs liés au PSI qui sont, entre autres, de «prévenir la détérioration et de consolider les acquis» sont parfaitement en cohérence avec la réinsertion. Le soutien requis lors de la réinsertion peut être assumé par un intervenant du CRPAT si la personne est encore en phase «active» de réadaptation, puis être transféré en 1re ligne, au terme de la réadaptation. Le CSSS voit alors à identifier les besoins de la personne et à lui assurer l'accès aux ressources requises. En tout temps, le CSSS doit être supporté par la 2e ligne et associer les partenaires d'autres secteurs comme l'Emploi, l'Éducation ou celui du logement ainsi que les organismes communautaires de son milieu. Les actions peuvent être coordonnées à l'intérieur d'un PSI avec les partenaires du réseau local de services.

L'approche différenciée selon le sexe

Les problèmes liés aux dépendances n'ont pas toujours les mêmes origines selon les individus, mais on peut cependant observer certaines caractéristiques selon le sexe.

Ainsi, les femmes souffrant d'une dépendance ont souvent vécu des traumatismes importants comme le viol, l'inceste ou la violence. Ces problématiques sont donc à investiguer lors de l'évaluation et à aborder lors du traitement. Elles peuvent nécessiter un aménagement du traitement (ex. : groupes non mixtes).

Par ailleurs, nous savons aussi que le transport et la garde des enfants constituent des obstacles pour les mères lorsqu'elles veulent entreprendre une démarche. Les besoins de formation professionnelle, le logement et le soutien au revenu sont particulièrement accentués dans le cas des femmes et doivent être associés aux considérations pour l'adaptation du traitement et de la réinsertion aux besoins des femmes.

3.5 Les interfaces avec les autres programmes-services

Les programmes ou programmes-services qui suivent présentent dans leurs objectifs des interfaces avec le Programme-services en Dépendances. Ce sont :

3.5.1 Santé publique

Le Programme national de santé publique (PNSP) s'intéresse à la consommation d'alcool et de drogues qui compromettent la santé et le bien-être de nombreuses personnes dans la population. Il définit les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années afin d'agir sur les déterminants de la santé physique et psychosociale dans une perspective de surveillance, protection, promotion de la santé et prévention. Le PNSP présente des préoccupations et des attentes précises en matière de dépendances :

- Interventions globales et concrètes pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents afin de prévenir différents problèmes d'adaptation sociale : « *approche de type* ***École en santé »*** (p. 40);
- Interventions visant la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool : *« Promotion et soutien, auprès des médecins, de la recherche de cas et du counselling sur la consommation d'alcool »*;
  et
  « Intervention visant la consommation modérée chez les buveurs, par exemple ***Alcochoix+*** » (p. 41).
- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives en périnatalité :
  « Recherche de cas et counselling sur l'alcool auprès des femmes enceintes » (p. 40).
- La prévention des risques de méfaits associés à la consommation de drogues :
  « Promotion et augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution (par exemple, la méthadone) à l'intention des usagers de substances psychotropes » (p. 41).
- Interventions visant à réduire (de 10 %) la consommation de médicaments psychotropes par les personnes âgées :
  « Intervention visant les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées » (p. 41).

Ainsi, les interfaces avec l'offre de service en dépendances du MSSS concernent : la population générale (en particulier les enfants et les adolescents), les personnes présentant des comportements à risque, les femmes enceintes, les personnes présentant des problèmes de dépendances.

3.5.2 Jeunes en difficulté

De nombreuses études ont mis en évidence des constats selon lesquels les jeunes en difficulté ont des taux de consommation de psychotropes nettement plus élevés que les jeunes de la population générale. <u>L'écart est plus marqué pour les drogues illicites</u>. Deux objectifs de ce programme sont en interface avec le Programme-services Dépendances. Ils concernent la détection de cas, mais aussi l'accès aux services spécialisés :

- Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec;
- Améliorer progressivement l'accessibilité des services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes de 12 à 17 ans.

Les jeunes en difficulté représentent l'une des clientèle spécifiquement visée par le MSSS dans l'offre de service du Programme-services Dépendances. Des liens directs sont à faire avec trois éléments de la stratégie d'action pour les jeunes en difficulté : le mécanisme de jonction de services entre les services de base et spécialisés; les équipes d'intervention jeunesse; le continuum et l'offre de service spécialisé psychosocial de réadaptation et de santé mentale.

De plus, il faudra préciser et clarifier les rôles et responsabilités du milieu scolaire par rapport aux CSSS (personnel des services éducatifs complémentaires).

3.5.3 Santé mentale

La comorbidité liée à l'association de problèmes de santé mentale et dépendances exige une collaboration étroite entre les deux programmes-services. L'état actuel des connaissances préconise des interventions simultanées ou concomitantes selon les cas, mais toujours coordonnées entre elles.

Le Programme-services en Santé mentale a formulé des objectifs qui lient ces deux programmes :

- Les CSSS (…) conviendront du type de collaborations à établir pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale et de toxicomanie;

- Les services de crise doivent s'adresser à toute personne (…) ce qui inclut les personnes aux prises avec une dépendance (…);
- La réalisation d'ententes de travail conjoint afin de faciliter la collaboration entre les centres de réadaptation et les CSSS.

3.5.4 Services généraux

Il s'agit des services sociaux devant être mis en place dans chaque réseau local de services, afin d'accroître l'accessibilité à des services de base et ainsi réduire la pression sur les services spécifiques et les services de deuxième ligne. Deux objectifs campent les collaborations avec le Programme-services Dépendances :

- Assurer le repérage et la liaison avec le service spécifique en dépendances;
- Assurer l'accès à des services adaptés aux besoins des femmes, des hommes, des enfants et des familles.

Les interfaces concernent principalement la détection, l'accessibilité de services de première ligne et l'orientation ou référence vers la deuxième ligne lorsque requis.

3.5.5 Autres

D'autres programmes-services sont nommés dans l'offre de service en dépendances élaborées par le MSSS comme devant collaborer à l'atteinte des objectifs du Programme-services Dépendances :

- **Santé physique** pour les volets d'activités en lien avec la désintoxication;

- **Perte d'autonomie liée au vieillissement** concernant la détection des clientèles présentant des problèmes liés à leur consommation ou pratique des jeux de hasard et d'argent.

Une particularité du secteur de la dépendance est l'importance de l'intersectorialité et le partage avec des partenaires d'autres réseaux d'objectifs relatifs aux substances. La gamme de services telle que décrite par le MSSS dans son *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* inclut les services en promotion-prévention qui font partie du programme-services de Santé publique ou des Services généraux, mais aussi d'actions intersectorielles. Rappelons les objectifs qui sont en lien :

Avec le volet préventif d'activités :

- Améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes;
- Renforcer la prévention auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise de milieux d'intervention privilégiés;
- Réduire l'offre de psychotropes, ce qui inclut des actions visant à réduire les intoxications à l'alcool, mais aussi la répression de l'offre illicite.

Avec l'intervention précoce :

- Accentuer la détection de la toxicomanie et l'intervention précoce auprès de différentes clientèles.

Avec le traitement et la réinsertion sociale :

- Assurer l'accessibilité à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec.

4. L'ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL

4.1 Les données sociosanitaires ou la prévalence consommation d'alcool, de drogues et de jeu problématique ou pathologique

4.1.1 L'alcool

Au Québec, la consommation d'alcool est en augmentation constante depuis les dix dernières années. Après avoir diminué dans les années 1980, elle s'est stabilisée vers 1995, puis elle connaît une hausse depuis 1997[11]. Ainsi, selon l'enquête sur les toxicomanies au Canada (2005), 82,3 % de la population québécoise âgée de quinze ans et plus déclare avoir consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête. En Estrie, la proportion est de 83,1 %.

Parmi l'ensemble des buveurs actuels on trouve une proportion plus élevée de jeunes de 15-24 ans que de personnes de 65 ans et plus. C'est dans la tranche des plus jeunes, 15-24 ans, que les femmes sont consommatrices d'alcool dans une proportion presque égale à celle des hommes. En comparaison, chez les 25-44 ans, on observe une proportion de buveurs deux fois plus élevée (89 %) que de buveuses (49 %).

Bien que la majorité des personnes consomme de façon modérée, certains modèles de consommation, par le volume, la fréquence ou les deux, sont inquiétants, en particulier lorsqu'ils touchent les jeunes. De plus, dans une perspective d'approche populationnelle, les actions visant à maintenir les personnes dans un statut de consommation modérée prennent tout leur sens.

Les directives de consommation jugée à faible risque sont d'un maximum de quatorze consommations par semaine pour les hommes et neuf pour les femmes. Selon l'enquête sur les toxicomanies au Canada (2005), 33,8 % de la population au Québec boit peu, mais souvent. Les estimations des pourcentages des individus excédant les directives de consommation à faible risque sont de 18,4 % au Québec (24,2 % chez les hommes et 11,7 % chez les femmes)[12].

Sur une période de sept jours précédant une enquête de l'ISQ en 2003, 6 % de la population déclarait avoir excédé quatorze consommations par semaine, mais en Estrie la proportion était de 7,5 %. Une lecture différenciée selon les sexes, nous indique que sur sept jours, 13 % des hommes de l'Estrie (vs 10 % au Québec) et de 2 % des femmes (vs 2,2 % au Québec) auraient consommé plus de quatorze consommations.

- ***La consommation élevée dans la population***

Outre la quantité, le profil de consommation doit tenir compte de la fréquence et du nombre de consommations par occasion. On qualifie de consommation excessive le fait de boire cinq consommations et plus par occasion.

Ainsi, au Québec, 29 % des personnes de quinze ans et plus (40 % /hommes et 17 % /femmes) ont eu une consommation excessive au moins cinq fois dans l'année. Cette donnée est de 1998 (Santé-Québec).

Cependant, l'augmentation observée de la proportion des femmes qui consomment de l'alcool (82 % en 2003 vs 76 % en 1994-1995) s'accompagne aussi d'une augmentation de la proportion des buveuses qui ont des épisodes de consommation excessive (11,3 % en 2005 vs 4,3 % en 1995)[13].

Par ailleurs, au Québec 16,7 % des personnes de quinze ans et plus ont une consommation excessive au moins douze fois par année. La proportion est de 19,7 % en Estrie en 2003. Il s'agit

---

[11] April, N., Bourret, A. (2004). *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, INSPQ.
[12] Tremblay, J. Manuel d'utilisation DÉBA-A/D.
[13] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)* Statistique Canada, 2005.

d'une augmentation depuis 2001 et les hommes sont trois fois plus représentés que les femmes pour ce type de comportement (28,7 % vs 10,4 %).

- ***Le diagnostic d'abus ou de dépendance***

La consommation élevée d'alcool peut aboutir aux diagnostics d'abus ou dépendance. Selon les données 2001, le pourcentage de personnes à risque de ces diagnostics était de 1,5 % pour l'ensemble du Québec. Or, l'Estrie figurait parmi les 3 régions du Québec avec un taux de 2 %, donc supérieur à la moyenne. Le total estimé pour la région est de 5 081 personnes (3 388 hommes et 1 693 femmes). Selon les données de Statistique Canada (2004), on peut établir des faits saillants relatifs à la dépendance à l'alcool :

- ✓ Les hommes sont trois fois plus à risque que les femmes;
- ✓ Les gens non mariés ou en union libre sont deux fois plus à risque;
- ✓ Les 20 à 24 ans sont deux fois plus à risque que les 15 à 19 ans;
- ✓ Les gens n'ayant pas de diplôme d'études postsecondaires sont 50 % plus à risque;
- ✓ Les personnes ayant un faible revenu sont presque deux fois plus à risque que ceux ayant un revenu élevé.

- ***Les accidents, la mortalité liée à l'alcool et la morbidité***

Le taux de mortalité pour des conditions associées à l'alcool est de 1,2 % pour l'ensemble du Québec. Il est de 1,3 % pour l'Estrie. Les hommes sont quatre fois plus représentés que les femmes.

Les accidents routiers sont l'une des conséquences de la consommation d'alcool. En 2003, en Estrie le taux de conducteurs décédés[14] ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise était de 3,7 % alors qu'au Québec, il était de 2,2 %. En 2001, 6,4 % de la population en Estrie déclarait avoir été passager dans un véhicule conduit par un conducteur en état d'ébriété.

En Estrie, nous pouvons suivre à partir de MED-ECHO, les taux d'hospitalisation pour psychose alcoolique, et ce, de 1987 à 2005. Le taux de l'Estrie (10,3) est semblable à celui du Québec. Ces taux relativement stables : 10,2 pour 100 000 en 1987 vs 10,3 en 2005 reposent sur des petits nombres, environ 18 à 30 cas par année. Les taux d'hospitalisation pour psychose alcoolique affichent une représentation des hommes de quatre à sept fois supérieure à celle des femmes, selon les territoires de MRC.

Les informations ventilées par territoires de CSSS constituent une source intéressante d'information. Ainsi, trois territoires présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale : le Haut-Saint-François : 15,2; Sherbrooke : 13 et le Granit : 12,8. Ces trois territoires sont également ceux où les indices de défavorisation sont les plus élevés de la région : défavorisation matérielle pour le Haut-Saint-François (38,8) et le Granit (36,6)[15] et défavorisation sociale pour Sherbrooke (33,1)[16].

- ***Les méfaits liés à l'alcool***

Nous savons que les méfaits liés à l'alcool sur la personne consommatrice augmentent avec le nombre d'occasions de fortes consommations. Ainsi, 7 % des buveurs excessifs moins d'une fois par mois rapportent avoir subi des méfaits en lien avec leur consommation vs 23,8 % des buveurs excessifs une fois par mois ou plus.

Les méfaits subis par des tiers sont une réalité pour trois personnes (tiers d'un buveur) sur 10. La proportion augmente aussi avec l'ampleur de la consommation. Ainsi, pour les buveurs excessifs moins d'une fois par mois, 37,3 % de tiers rapportent subir des méfaits alors que la proportion grimpe à 48,7 % chez les tiers des buveurs excessifs une fois par mois ou plus.

Les types de méfaits rapportés par les tiers sont :

→ Insultes et humiliations : 22 %
→ Violence verbale : 15,8 %
→ Querelle et dispute : 15,5 %
→ Bousculades : 10,8 %
→ Problèmes familiaux ou de couple : 10,5 %

---

14 Sur le nombre de titulaires de permis.

15 Moyenne de l'Estrie pour l'indice de défavorisation matérielle : 15,5.

16 Moyenne de l'Estrie pour l'indice de défavorisation sociale : 20.

- ***Les jeunes***

La consommation d'alcool par les jeunes constitue une source d'inquiétude depuis plusieurs années à cause de la banalisation de cette consommation (vs les drogues illicites) malgré les risques non négligeables qu'elle comporte. Une enquête régionale réalisée en 2005 dans les écoles secondaires de l'Estrie (13 483 répondants) nous permet d'avoir un portrait de la consommation d'alcool et de drogues par les élèves de l'Estrie ainsi que de procéder à une comparaison avec une précédente enquête estrienne (1998) et avec une enquête québécoise en milieu scolaire menée en 2004 par l'ISQ, à partir d'échantillons pour l'ensemble de la province. Bien que les jeunes en milieu scolaire ne constituent pas la catégorie des jeunes dont les comportements sont les plus préoccupants, certains constats inquiètent.

En termes de prévalence globale, on constate qu'en 2005, 67,1 % des élèves du secondaire en Estrie ont pris une consommation complète d'alcool au cours de leur vie, résultat similaire au Québec (68 %). La proportion était de 65 % en 2005. On observe une tendance à la hausse dans les habitudes de consommation des filles : proportion identique de consommatrices que de consommateurs.

Les jeunes Estriens fréquentant l'école secondaire ont dans une proportion de 83,1 % une consommation faible ou nulle alors que 16,9 % d'entre eux se situent dans une catégorie de fréquence élevée de consommation.

Nous disposons de résultats par MRC :

CONSOMMATION D'ALCOOL PAR LES JEUNES DES ÉCOLES SECONDAIRES-ESTRIE 2005								
	Coaticook	**Des Sources**	**Granit**	**Haut-Saint-François**	**Memphré-magog**	**Sherbrooke**	**Val-Saint-François**	**ESTRIE**
Fréquence nulle ou faible	79 %	ND[17]	78,4 %	82,4 %	82,7 %	84,1 %	85,2 %	83,1 %
Fréquence élevée *	**21 %**	ND	**21,6 %**	**17,6 %**	**17,3 %**	15,9 %	14,8 %	16,9 %

* La fréquence élevée correspond à une consommation régulière (au moins une fois par semaine), ce qui inclut aussi la consommation quotidienne, au cours des douze derniers mois.

La consommation excessive d'alcool par les jeunes est préoccupante en Estrie. Parmi les élèves qui ont consommé de l'alcool, près des 3/4 (72 %) ont connu au moins un épisode de consommation excessive (cinq consommations et plus dans une seule occasion). Les garçons sont un peu plus représentés que les filles (73,4 % vs 70,8 %). Cette pratique de consommation excessive est plus populaire en Estrie qu'au Québec et l'écart est surtout marqué en 3e secondaire (51,2 % vs 40,4 %). Ce phénomène est considéré comme préoccupant car aux risques d'accidents et de traumatismes s'ajoutent d'autres situations problématiques comme la violence, des relations sexuelles non désirées ou non protégées. De plus, la consommation excessive répétitive (plus de cinq fois par année) est un facteur aggravant à ne pas négliger. Sur l'ensemble des élèves, cela donne une proportion de 16,9 %. Cette pratique à risque se retrouve chez 26,9 % des élèves consommateurs d'alcool.

La régularité de la consommation, voire la quotidienneté, est aussi un facteur de risque important face au développement d'un problème avec l'alcool. Or, en Estrie comme au Québec, près de 17 % des élèves du secondaire consomme de l'alcool régulièrement. La proportion grimpe à 25,3 % parmi les consommateurs. De plus, cette régularité dans la consommation s'installe à un âge moyen de 13,8 ans (13,9 ans pour les filles et 13,7 ans pour les garçons), ce qui selon la littérature augmente les risques de diagnostics d'abus ou dépendance à l'âge adulte.

Pour ce qui est de la consommation quotidienne, l'écart important entre l'Estrie (0,9 %) et le Québec (0,3 %) nous questionne. Les garçons sont presque quatre fois plus représentés que les filles dans ces groupes. Dans ces modèles de consommation, les risques pour la santé et l'adoption d'habitudes de vie néfastes ainsi que le développement potentiel d'une dépendance s'ajoutent à tous les risques d'accidents.

[17] La polyvalente du territoire de la MRC Des Sources n'a pas souhaité participer à l'enquête de la DSP en 2005.

La consommation d'alcool par les jeunes en difficulté desservis par les centres Jeunesse du Québec est encore plus préoccupante. Selon une recherche menée en 2004 par Pauzé et ses collaborateurs[18], près de 88 % d'entre eux consomment de l'alcool, dont 29 % régulièrement et 4 % sont considérés comme des surconsommateurs[19].

- ***Les femmes enceintes***

La hausse observée de la proportion des femmes déclarant consommer de l'alcool justifie de se préoccuper de la consommation pendant la grossesse. Les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse sont maintenant admis et documentés. Ils vont d'effets plus ou moins subtils regroupés sous l'appellation ETCAF (Ensemble des troubles liés à l'alcoolisation fœtale) au SAF (Syndrome d'alcoolisation fœtale). Déjà en 2001, les Québécoises déclaraient plus fréquemment que les Canadiennes des autres provinces avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse (24 % vs 11 %). En 2003, elles sont 26 % pour le Québec à déclarer avoir consommé de l'alcool pendant une grossesse dans les cinq dernières années alors que le taux canadien est de 8,8 %. La ventilation par région du Québec, nous indique qu'en 2001, en Estrie la proportion était de 30,8 % [20]. L'INSPQ se dit très préoccupé par la situation au Québec[21].

Au Canada et au Québec, la prévalence l'ETCAF et du SAF n'est pas documentée à ce jour. Cependant, à partir de données américaines, Santé Canada procède à des estimations. Ainsi, on estime que le taux pour le SAF oscille entre 0,5 à 2/1000 (estimation conservatrice) à 2,8 à 4,8/1000[22]. Les auteurs s'entendent sur le fait que le taux pour l'ETCAF est trois fois supérieur à celui du SAF. Selon Santé Canada[23] il oscille autour de 9,1/1000. À titre comparatif, le taux de prévalence à la naissance de la trisomie 21 est de 1,3/1000.

La prévalence estimée pour l'ETCAF et le SAF, appliquée au nombre de naissances vivantes en 2002 et à partir des taux les plus conservateurs est la suivante :

PRÉVALENCE ESTIMÉE (2002) SAF : 0,5 à 2 pour 1000 naissances vivantes ETCAF : 1,5 à 6 pour 1000 naissances vivantes		
Nombre de cas estimé (2002)	ESTRIE (± 2900 naissances/an)	QUÉBEC
SAF	1 à 6	36 à 144
ETCAF	4 à 17	108 à 432

Source : INSPQ, État de situation sur le SAF au Québec, juin 2004.

L'information selon laquelle les femmes enceintes de l'Estrie déclarent avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse dans une proportion plus élevée que les femmes du Québec (30,8 % vs 24 %), peut nous amener à supposer un taux d'ETCAF et de SAF supérieur à celui du Québec. Le nombre restreint de cas ne nous permet toutefois pas d'être affirmatifs. Cependant, on ne peut qu'endosser les préoccupations du MSSS en regard de la consommation des femmes enceintes pour l'élaboration du programme-services en dépendances.

4.1.2 Les drogues illicites

L'usage de cannabis a doublé au Québec ces dix dernières années. L'enquête sur les toxicomanies au Canada (2005) indique que 47,3 % des de la population québécoise déclara avoir consommé des drogues au cours de la vie et 16 % au cours des douze derniers mois. En

---

18 Laventure, M., Pauzé, R., Déry, M. (2005). *La consommation de psychotropes chez les jeunes nouvellement inscrits à la prise en charge des centres de jour du Québec.*

19 Dans le cas d'un jeune, on ne porte pas de diagnostic de dépendance ou abus, mais les intervenants font référence à un profil de surconsommateur.

20 ISQ (2004). Profils régionaux – cycle 1.1 à partir de l'ESCC.

21 Il a réalisé une étude sur la représentation de la consommation d'alcool pendant la grossesse et sur les perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes. Il recommande des messages d'abstinence pendant la grossesse et la formation des professionnels de la santé en matière d'alcool pendant la grossesse. (April & Bourret, 2006).

22 Sampson PD et coll. Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. Teratology 1997; 56 : 317-26.

23 Santé Canada (2003). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Ottawa. Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.

milieu scolaire, selon l'enquête estrienne, 41 % des élèves déclarent avoir consommé de la drogue au cours de la vie et 36,3 % au cours des douze derniers mois. Il est important de rappeler que la teneur en THC a fortement augmenté avec l'amélioration des cultures de cannabis. Les produits disponibles actuellement sont donc beaucoup plus concentrés depuis plusieurs années.

Parmi les drogues illicites, le cannabis est la drogue dont l'usage est le plus répandu tant dans la population générale que parmi les jeunes. Ainsi, 46,4 % des Québécois disent avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, alors que la proportion est de 11 % pour les hallucinogènes, 8,9 % pour les « speed » et 3,7 % pour l'ecstasy. Chez les jeunes en milieu scolaire, le cannabis est aussi la substance la plus populaire : 34,4 % des élèves en ont consommé ou en consomment alors que pour les hallucinogènes la proportion est de 12 %. Elle est de 11 % pour les amphétamines (« speed »).

Dans le cas des drogues, la fréquence faible de consommation est établie à moins d'une fois par mois alors que la fréquence élevée est établie à une fois par semaine ou plus.

En ce qui concerne le cannabis, 20 % des élèves consomment selon une fréquence faible alors que 14 % le font selon une fréquence élevée et 4 % quotidiennement. Pour les hallucinogènes, on observe 10 % de consommateurs à faible fréquence et 2 % à fréquence élevée. Pour les amphétamines, 8 % des élèves ont une consommation de type faible vs 2,5 % de type fréquence élevée.

Les amphétamines doivent faire l'objet d'une attention particulière, spécialement dans le cadre de services de première ligne car des observations cliniques rapportent que les consommateurs plus réguliers vivent assez rapidement de l'épuisement, une grande nervosité et des troubles psychologiques. De plus, la représentation des filles dans une proportion légèrement supérieure à celle des garçons pour l'usage d'amphétamines[24] pose la question de l'utilisation de cette substance à titre de coupe-faim et dans une perspective de baisse ou contrôle du poids corporel.

En lien avec l'enquête en milieu scolaire, nous disposons d'information par MRC :

CONSOMMATION DE DROGUES PAR LES JEUNES DES ÉCOLES SECONDAIRES-ESTRIE 2005

	Coaticook	Des Sources	Granit	Haut-Saint-François	Memphré-magog	Sherbrooke	Val-Saint-François	ESTRIE
À vie								
NON	55,7 %	ND	59,4 %	56, %	48,5 %	61,2 %	62,4 %	58,9 %
OUI	**44,3 %**	ND	40,6 %	**44 %**	**51,5 %**	38,8 %	37,6 %	41,1 %
12 derniers mois								
NON	61,3 %	ND	64,5 %	60,6 %	53,6 %	65,8 %	69 %	63,7 %
OUI	**38,7** %	ND	35,5 %	**39,4 %**	**46,4 %**	34,2 %	31 %	36,3 %
30 derniers jours								
NON	77,1 %	ND	81,3 %	77,6 %	68,3 %	80,6 %	77,6 %	78,8 %
OUI	**22,9 %**	ND	18,7 %	**22,4 %**	**31,7 %**	19,4 %	**22,4 %**	21,2 %
1 X semaine et + /12 derniers mois								
NON	85,2 %	ND	86,1 %	85,7 %	76,8 %	86,4 %	90,5 %	85,1 %
OUI	14,8 %	ND	13,9 %	14,3 %	**23,2 %**	13,6 %	9,5 %	14,9 %

Par ailleurs, les jeunes desservis par les centres jeunesse du Québec ont un portrait de consommation de drogues préoccupant tant par les proportions de consommateurs que par la sévérité de cette consommation[25]. Ainsi, la proportion de consommateurs de cannabis parmi ces jeunes est de 77,5 % alors que 39,2 % ont déjà consommé des hallucinogènes et 15 % de la cocaïne. De plus, la consommation à fréquence élevée est l'objet de 30 % d'entre eux, dont 15 % quotidiennement.

Nous disposons de données de prévalence de la dépendance aux drogues illicites : selon Statistique Canada 2004, elle serait de 0,8 % au Québec dans la population des quinze ans et plus.

---

[24] Observation propre aux amphétamines seulement et à aucune autre drogue.

[25] Durocher, L. «*L'activité groupe de réflexion sur les drogues*» paru dans Écho-Toxico, bulletin des programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, janvier 2007, vol. 17, #1.

On peut établir des faits saillants relatifs à la dépendance aux drogues :

- ✓ Les hommes sont deux fois plus à risque que les femmes;
- ✓ Les gens non mariés ou en union libre sont 2,5 fois plus à risque;
- ✓ Les gens n'ayant pas de diplôme d'études postsecondaires sont deux fois plus à risque;
- ✓ Les personnes ayant un plus faible revenu sont presque deux à quatre fois plus à risque que ceux ayant un revenu élevé.

La consommation de drogues entraîne plusieurs types de méfaits dans la vie des consommateurs. Par ce biais, nous pouvons saisir à partir de quelles préoccupations les demandes d'aide ou de services peuvent être formulées en première ligne, mais aussi parfois en deuxième ligne.

La s**anté** demeure le méfait rapporté le plus souvent, et ce, indépendamment du type de drogue consommée et du statut de consommateur (à vie ou au cours des douze derniers mois). En deuxième position viennent les **méfaits sur la vie sociale et les amitiés**, puis les **impacts négatifs sur le travail ou les études**. La proportion de personnes rapportant au moins un méfait résultant de leur consommation est toujours plus élevée parmi ceux consommant (ou ayant consommé) des drogues autres que le cannabis : 36,7 % contre 17,5 % dans la dernière année et 45,4 % contre 23,8 % au cours de la vie.

Voici le détail des méfaits liés aux drogues illicites :

TYPE DE MÉFAITS	Usage au cours de la vie (cannabis inclus)	Usage au cours des derniers 12 mois (cannabis inclus)	Usage au cours de la vie (cannabis exclu)	Usage au cours des derniers 12 mois (cannabis exclu)
Amitiés et vie sociale	10,7 %	6 %	22,3 %	16,4 %
Santé physique	15,1 %	10,1 %	30,3 %	23,9 %
Vie familiale ou conjugale	8,7 %	5,1 %	18,9 %	14,1 %
Travail, études, opportunités d'emploi	9,2 %	5,1 %	18,9 %	14,2 %
Situation financière	8,4 %	6,5 %	19,6 %	18,9 %
Rapport système judiciaire	4,2 %	1,3 %	10 %	
Logement	1,9 %		4,4 %	3,3 %
Apprentissage	6,1 %	3,5 %	12 %	8,3 %
Un ou plusieurs méfaits	23,8 %	17,5 %	47,5 %	36,7 %

4.1.3 Les médicaments psychotropes ou médicaments du système nerveux central

Lorsqu'on parle de médicaments psychotropes en dépendances, on évoque deux classes de médicaments :

1) Les anxiolytiques (incluant les benzodiazépines), sédatifs et hypnotiques;
2) Les antidépresseurs et tranquillisants majeurs.

Même si ces médicaments se vendent sur le marché noir, plusieurs consommateurs qui en font un usage «non médical» se les procurent chez le médecin (surtout la catégorie des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques). Au besoin, ces consommateurs s'organisent pour aller chercher des prescriptions chez plusieurs médecins. À cause de ces abus, depuis septembre 2000, les benzodiazépines sont des médicaments « ciblés », c'est-à-dire davantage contrôlés et leur taux de prescription a baissé. Par exemple, en 1998, les anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques représentaient 8,6 % des ordonnances aux personnes de 65 ans et plus. En 2001, la proportion est passée à 6,6 %.

On parle d'usage inapproprié de médicaments lorsque l'usager :

- dépasse la posologie;
- obtient ses médicaments de plus d'un médecin;
- consomme des médicaments psychotropes non prescrits;
- combine la consommation de ces médicaments avec l'alcool ou d'autres drogues.

Le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes occupe la première place parmi les médicaments chez les adhérents au programme de la RAMQ, avec 11,2 % des ordonnances en 1998 et 2001.

Les médicaments psychotropes occupent la première place des médicaments prescrits chez les prestataires de la sécurité du revenu et chez les personnes au chômage.

L'alcool reste le premier psychotrope consommé par les personnes âgées, cependant, en 2000, la prévalence de consommation d'anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques était de 19,8 % chez les personnes âgées non hébergées. Les benzodiazépines étaient prescrites chez 19,4 % de ces personnes et dans une proportion plus élevée chez les femmes (23 % vs 14 % pour les hommes).

Depuis quelques années les liens entre la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes avec les chutes chez les personnes âgées a été mis en évidence.

4.1.4 Le jeu pathologique

Les jeux de hasard et d'argent sont pratiqués par une majorité de Québécois. De fait, en 2002, 81 % de la population adulte déclarait avoir participé à ce type de jeu. C'est relativement récemment (une dizaine d'années environ) que la problématique du jeu pathologique a été mise en lumière et qu'elle est considérée comme un problème de santé publique.

Au Québec, la proportion de joueurs à risque ou problématiques est de 0,9 % alors que 0,8 % de la population répond à des critères de joueur pathologique. Ainsi, c'est 1,7 % de la population adulte, soit 3224 personnes qui pourraient bénéficier d'une intervention précoce ou de traitement en regard du jeu. Sur ce nombre, 1517 seraient au stade pathologique.

Un état de situation régional a été produit en Estrie en 2004. Les principaux faits saillants sont les suivants :

- En appliquant à notre région le taux québécois de prévalence, on obtient que 3224 personnes de l'Estrie auraient des problèmes avec les jeux de hasard et d'argent. En 2004-2005, le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges a rejoint 156 personnes, ce qui équivaut à 4 % de la population potentiellement atteinte.
- La grande proportion des joueurs qui consultent pour des problèmes de jeu sont des hommes âgés entre 25 et 54 ans.
- Un peu plus de la moitié des joueurs pathologiques rejoints par le programme de traitement du Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges sont des travailleurs vivant avec des proches alors que 48 % des joueurs en traitement vivent seuls et sont pour la plupart sur l'aide sociale ou au chômage.
- La majorité des joueurs en traitement ont une scolarité de niveau secondaire, disposent d'un revenu moyen et sont locataires.
- Les femmes et les aînés ne constituent pas la majorité des personnes en demande de service pour le jeu, mais ils présentent des profils assez particuliers auxquels il serait pertinent de s'attarder : ennui, détresse psychologique et précarité pour les femmes; recherche de distraction et occasions de socialiser pour les aînés.
- Les jeunes demeurent une clientèle peu visible au niveau du jeu alors que l'on sait, par les données des services de traitement, que les joueurs pathologiques ont commencé à avoir des problèmes de jeu à l'adolescence.

La problématique du jeu est une problématique par laquelle les proches du joueur souffrent particulièrement. Les conjoints et les enfants semblent très atteints par la pathologie de leur proche en ce sens que leurs propres conditions de survie sont remises en question : négligence, manque de moyens pour combler les besoins de base. Par ailleurs, le profil psychologique des joueurs fait ressortir souvent des problèmes d'état dépressif, voire de dépression, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'entourage. Ainsi, selon une étude de l'Université Laval et l'INSPQ (2002, 2004), 36 % des joueurs à risque et des joueurs pathologiques auraient songé au suicide dans les derniers douze mois en raison du jeu.

Les études font unanimement ressortir le même constat, à savoir que ce sont les appareils de loterie vidéo (ALV) qui créent le plus de problème de jeu pathologique. D'ailleurs, le MSSS a identifié au Québec, sept zones où la concentration de ces appareils présente un risque élevé de problèmes dans la population. Magog est l'une de ces zones. Un projet pilote de prévention et de

concertation y a été mis en place en 2006-2007 pour renforcer les actions préventives en regard du jeu pathologique.

4.1.5 La comorbidité dépendances/problèmes de santé mentale

L'association de troubles mentaux, émotionnels ou psychiatriques avec une consommation d'alcool ou de drogues ou le jeu pathologique est un phénomène qui fait l'objet de recherches depuis plusieurs années. La prévalence est très variable selon les milieux où est recueillie l'information (CH, centre de réadaptation, etc.) ou le type de trouble (transitoire, persistant ou sévère). Cependant l'ensemble des études fait état de taux élevés. Au Québec, il est généralement admis que la comorbidité touche de 30 à 50 % de la clientèle en milieu psychiatrique et entre 50 et 70 % de la clientèle en centre de traitement en toxicomanie.

La comorbidité complexifie toutes les étapes de soins, de la détection de cas au traitement. Il faut tenir compte de l'interaction entre les deux pathologies, du type de trouble mental et des meilleures pratiques afin de mettre en place des stratégies adaptées à chaque cas. La comorbidité nécessite aussi plus fréquemment un soutien en réinsertion car le taux de rechute est plus élevé pour ces clientèles. La continuité dans les soins, donc un PSI, devient primordiale.

Le diagnostic de dépendance à l'alcool ou aux drogues est accompagné significativement plus souvent d'épisodes dépressifs. Ainsi, parmi les gens qui sont considérés comme dépendants de l'alcool, il y a trois fois plus de personnes (15 % vs 5 %) qui ont vécu un épisode dépressif majeur que parmi les personnes qui ne consomment jamais, à l'occasion ou sur une base mensuelle. Parmi les personnes considérées comme dépendantes aux drogues illicites, il y a environ cinq fois plus de personnes qui ont vécu un épisode dépressif majeur que parmi celles qui ne consomment jamais (25 % vs 5 %). De plus, même les personnes qui consomment sur une base mensuelle et moins d'une fois par mois sont proportionnellement plus nombreuses à avoir vécu un épisode dépressif majeur que celles qui ne consomment jamais.

4.1.6 Les coûts liés aux substances

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'alcoolisme est devenu le troisième facteur de risque pour la santé des pays développés (Rapport 2005). Au niveau mondial, toujours selon la même source, la dépendance à l'alcool serait responsable de 3,2 % de la mortalité totale.

Au Canada, les coûts reliés aux substances psychotropes (incluant le tabac mais excluant le jeu pathologique) s'élèvent à 39,8 milliards de dollars (CCLAT, 2006). Le calcul des coûts a été ventilé entre les trois substances (tabac, alcool, drogues) et permet de distinguer les coûts directs (soins de santé, application de la loi, prévention et recherche, accidents de la route, incendies, accidents de travail) des coûts indirects en termes de perte de productivité et invalidité.

À cause du caractère illicite des drogues, nous savons que les données disponibles sont sous documentées à ce sujet. Cependant, il s'avère que 37 % des coûts sont liés à l'alcool alors que 21 % sont liés aux drogues.

Plus spécifiquement au Québec, en 2006, les coûts liés à l'alcool et aux drogues se sont élevés à 1166 dollars par habitant.

4.2 Les données de consommation de services

4.2.1 La promotion de la santé et la prévention

Depuis 1989, l'Estrie s'est dotée d'un programme régional en prévention de la toxicomanie s'adressant aux jeunes de 9 à 21 ans : Pratic-05. Des évaluations réalisées par la Direction de la santé publique dans le cadre du suivi du programme ont amené au fil des années des ajustements et recadrages du programme en lien avec les observations sur le terrain, mais aussi les meilleures pratiques en prévention auprès des jeunes. Dès la mise en place du programme, les CLSC ont joué un rôle majeur de mobilisateur et coordonnateur des activités de prévention de la toxicomanie dans leur milieu. Ils assurent le leadership intersectoriel indispensable à l'actualisation du Pratic-05 dans les territoires de CSSS.

Ainsi, chaque territoire de CSSS est doté d'un plan d'action triennal Pratic-05 et d'un comité local intersectoriel (santé, organismes communautaires, écoles, police, sports et loisirs, parents, etc.) dont les travaux sont animés et coordonnés par le CSSS, via un agent de milieu Pratic-05. Chaque plan d'action local met en application, de façon concomitante, quatre stratégies préventives éprouvées en prévention de la toxicomanie : information et sensibilisation; aménagement de milieu; développement des compétences des jeunes et leurs parents; contrôle (actions visant la réduction de l'offre).

De plus, une initiative régionale des principaux partenaires de la région impliqués auprès des jeunes en milieu scolaire pour la prévention a donné lieu à un projet triennal intitulé *Impact-écoles*. Cette initiative est soutenue financièrement par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ainsi que les commissions scolaires, l'Association des écoles privées de l'Estrie, les corps policiers et la Conférence régionale des élus. *Impact-écoles* concerne des activités de prévention primaire et de prévention secondaire (détection de cas, intervention brève) en milieu scolaire.

Depuis 2004, dans la foulée des meilleures pratiques en prévention, des recommandations du PNSP et des ententes de complémentarité des ministères de l'Éducation et de la Santé, une orientation est prise en faveur de l'implantation de *École en santé* et de l'insertion de la prévention de la toxicomanie chez les jeunes à l'intérieur de cette approche globale. Des travaux sont entrepris pour inscrire graduellement Pratic-05 dans *École en santé*. Là encore, les CSSS jouent un rôle de leader et d'agent de changement dans leur milieu via les répondants locaux *École en santé*.

D'autres initiatives de prévention sont le propre de plusieurs organismes communautaires. Par exemple, l'un deux s'intéresse plus particulièrement à la consommation de médicaments psychotropes par les femmes et les personnes âgées : Élixir; un autre aux interventions auprès des buveurs à risque : Zone libre Memphrémagog.

4.2.2 La première ligne en dépendances ou l'intervention précoce ou l'intervention clinique préventive

Comme indiqué au point 3.4, ce niveau d'intervention est plus difficile à déterminer. Les contours n'en sont pas toujours précisés, ce qui ne facilite pas la mise en place des interventions. Pourtant, depuis l'élaboration du MOS en 2000 et en regard de l'évolution des connaissances sur les meilleures pratiques, les services de première ligne (détection de cas et intervention précoce), pour les adultes et les jeunes, sont mis de l'avant au Québec (et dans la région). Des outils validés et standardisés, DEP-ADO[26] (jeunes) et DÉBA-A/D[27] (et plus récemment DÉBA-Jeu) pour les adultes, ont été recommandés par le MSSS.

Les milieux d'implantation ciblés pour l'intervention précoce en dépendances sont principalement les CSSS (mission CLSC) et, pour les jeunes, les milieux scolaires. Le nombre d'intervenants des CSSS qui ont été formés sur les outils est de 46 pour DEP-ADO et 66 pour DÉBA-A/D. En milieu scolaire, c'est une vingtaine d'intervenants et d'intervenantes qui ont été formés sur DEP-ADO. Il est possible que le nombre de ces personnes actuellement en poste ne corresponde plus à ces chiffres.

De plus, des contacts avaient été établis avec le CHUS (pédopsychiatrie) pour l'implantation de DEP-ADO dans ce milieu, mais ils n'ont abouti à aucune réalisation concrète. L'implantation en centre jeunesse s'actualise et DEP-ADO figure dans un protocole de collaboration entre le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges et le Centre jeunesse de l'Estrie. Par ailleurs, les intervenantes en périnatalité des CSSS (Programme 0-5 ans) et de la Villa-Marie-Claire ont aussi été formées sur l'outil DEP-ADO et le DÉBA-A/D.

Une évaluation réalisée en janvier 2005 pour le suivi de l'implantation de DEP-ADO avait démontré un grand intérêt des intervenants de CSSS et des intervenants en milieu scolaire envers l'outil. À peu près un an après les formations, un questionnaire avait été envoyé à 95 personnes

[26] DEP-ADO pour dépistage adolescents, mis au point par le RISQ.
[27] DÉBA-A/D pour dépistage et évaluation du besoin d'aide -alcool, drogue; mis au point par le RISQ. Un outil DÉBA-Jeu a été créé également et est en cours d'implantation dans plusieurs régions du Québec.

(réseau de la santé et réseau scolaire) formées sur DEP-ADO. Sur les 51 répondants (questionnaire auto administré), une proportion de 87 % disait utiliser la grille DEP-ADO et 96 % des répondants se disaient très satisfaits de l'outil[28]. Les milieux scolaires, via les services éducatifs complémentaires, semblaient avoir davantage d'opportunités d'utilisation que les intervenants de CSSS.

À partir de 2005-2006, des indicateurs régionaux ont été élaborés par l'Agence dans le cadre du suivi de programme et intégrés aux outils de gestion des CSSS, afin de suivre l'utilisation des outils. La compilation d'informations en 2006 via les indicateurs indique une situation problématique. Il semble que le support à l'utilisation des outils DEP-ADO et DÉBA n'a pas été suffisant. Si on ajoute le roulement de personnel en CSSS, on aboutit au constat que, malgré des activités de formation organisées selon les demandes des milieux, peu d'intervenants de CSSS se disent actuellement formés sur les outils et aptes à les utiliser.

La démarche des orientations régionales et des projets cliniques devra permettre une confirmation des outils DEP-ADO et DÉBA. Ces outils sont validés, le MSSS les recommande, plusieurs intervenants les utilisent avec satisfaction (en particulier le milieu scolaire), ils constituent une excellente plateforme pour un langage commun entre les intervenants de première ligne (ex :services généraux pour les CSSS) et de deuxième ligne et ils ont été conçus pour faciliter les références et transferts des clientèles vers les intervenants des services spécialisés.

En outre, une cinquantaine d'intervenants (CSSS et milieu scolaire) ont reçu une formation sur l'approche motivationnelle (deux groupes) ainsi qu'une activité de supervision (mai 2005) afin de pouvoir entreprendre une démarche d'intervention brève, suite à l'administration des outils, dans les cas de clients présentant un problème en émergence relevant des services généraux ou des services éducatifs complémentaires en milieu scolaire. Là encore, il semble que le soutien n'ait pas été assez marqué pour ce qui est du réseau de la santé et des services sociaux.

Comme un peu partout au Québec, la première ligne en toxicomanie avait été identifiée comme le maillon faible de la chaîne de services en 2000 dans le MOS de l'Estrie. En 2007, les efforts doivent être intensifiés. Les changements dans l'organisation des services généraux des CSSS peuvent constituer une opportunité intéressante pour rejoindre certaines clientèles visées par la première ligne en dépendances.

4.2.3 Le traitement

Les services de désintoxication

Nous savons qu'en général une proportion d'environ 10 % des personnes alcooliques ou toxicomanes ont besoin lors de la désintoxication, d'une assistance médicale et 5 % d'une hospitalisation. Ainsi, 85 % des personnes en sevrage peuvent bénéficier d'une désintoxication en externe, sans soins intensifs, avec le soutien psychosocial d'un proche, d'un organisme communautaire ou d'un professionnel de la santé et des services sociaux.

En Estrie, les services de désintoxication avec une supervision infirmière ou médicale sont offerts au Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges, mais les ressources dont il dispose ne permettent pas d'assurer un service nursing ou médical 24h/7 jours. En 2005-2006, les clients adultes admis en interne pour des services de désintoxication ont été au nombre de 99, ce qui représente 7,7 % de la clientèle desservie cette année-là. 27 % de ces personnes étaient des femmes. Certaines personnes héroïnomanes ont besoin d'une prescription de méthadone pour soutenir leur désintoxication. Le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges offre le service aussi.

Par contre, la région ne dispose pas de lits en CH désignés pour la toxicomanie. Ainsi, il y a peu de possibilité de réponse aux besoins d'encadrement de patients en crise ou présentant des signes cliniques plus graves. Par ailleurs, lorsque ces patients ont été hospitalisés pour la désintoxication, il n'y a pas de place de relocalisation lors de leur retour à la première ligne.

---

[28] Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie *Formation à l'utilisation de l'outil DEP-ADO : suivi de l'utilisation de l'outil*, janvier 2005.

Selon les commentaires de certains partenaires, il faudrait déjà commencer par créer une mobilisation autour de cette situation.

Les services de réadaptation

Les services publics de traitement sont dispensés par un établissement dont la mission est « d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociales à des personnes qui (…) à cause de leur alcoolisme ou autres toxicomanies requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes ». (Art. 84, Loi sur les services de santé et les services sociaux). Il s'agit des services s'adressant principalement aux personnes à haut risque de dépendance ou ayant une dépendance aux psychotropes ou au jeu. L'approche utilisée dans les CRPAT du Québec est l'approche bio-psycho-sociale.

En Estrie, le centre de réadaptation en toxicomanie, tel que décrit dans la loi, est le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges. Les données statistiques qui suivent sont celles du CRPAT, Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges. Elles proviennent du rapport annuel (année 2005-2006) qui constitue une source fiable. De plus, le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison-Saint-Georges est un site pilote provincial et les données sont compilées dans ce cadre. En 2000, le SIC des CLSC a été ajusté pour répondre aux besoins des services de réadaptation. Il est encore en monitoring et nécessite des ajustements annuels. En 2005-2006, le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison-Saint-Georges a dispensé des services spécialisés (en interne ou en externe) en dépendances (toxicomanie-jeu pathologique-programme méthadone) à environ 1550 adultes et leurs proches et des services spécialisés en toxicomanie à 257 jeunes.

- *L'origine des références*

Pour la population adulte desservie pour des problèmes d'alcool ou de drogues, on observe, sur un volume total de 1282 clients, que les quatre plus importantes sources de référence sont :

- l'usager lui-même (33 %)
- le CSSS (19 %)
- la famille ou l'entourage (11 %)
- les services de police ou judiciaires (10,3 %)

√ Ainsi, pour environ la moitié des clients, la porte d'entrée aux services serait directement le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison-Saint-Georges. Cette information est cependant à nuancer, du fait que la moitié de la clientèle vient de Sherbrooke. Dans les autres MRC, la porte d'entrée est principalement le CSSS.

Les autres sources de références sont par ordre décroissant : les cliniques médicales et les médecins de pratique privée (7 %); les organismes communautaires (3 %); le milieu scolaire de l'éducation aux adultes (1,4 %); les employeurs (0,6 %) et les services supraspécialisés (0,5 %).

Parmi les clients référés par les CSSS, deux sur dix ont été évalués avec l'outil DÉBA-A/D avant d'être référés. L'outil DÉBA-A/D a été administré à 4 % des clients référés par le CHUS (psychiatrie).

Pour les jeunes de moins de dix-huit ans desservis pour un problème d'alcool ou de drogues, sur un total de 194 clients, les quatre plus importantes sources de référence sont :

- le milieu scolaire (25 %)
- le centre jeunesse (22 %)
- la famille ou l'entourage (21 %)
- l'usager lui-même (14,4 %)

√ Ainsi, pour les jeunes, la porte d'entrée est dans 50 % des cas via des institutions comme l'école ou le centre jeunesse.

Les autres sources de références sont par ordre décroissant : les CSSS (9 %); le CHUS (1,5 %); les services régionaux supraspécialisés (1 %).

Parmi les élèves référés par le monde scolaire, 51 % des jeunes ont été évalués avec l'outil DEP-ADO avant d'être référés. Il en est de même pour 19 % de ceux référés par le Centre Jeunesse de l'Estrie et 28 % de ceux référés par les CSSS.

En ce qui concerne la population adulte desservie pour des problèmes de jeu pathologique, sur un total de 132 clients, les quatre plus importantes sources de référence sont :

- l'usager lui-même (41 %)
- la famille ou l'entourage (17 %)
- la ligne Jeu Aide et référence (16 %)
- le CSSS (9 %)

Les autres sources de références sont par ordre décroissant : les cliniques médicales et les médecins de pratique privée (4 %); le CHUS et les services de police (2 %); les organismes communautaires (0,7 %).

La population adulte desservie par le programme de substitution-méthadone représente un total de 22 clients nouveaux par année. Les plus importantes sources de références sont l'usager lui-même (7 sur 22) et la famille ou l'entourage (3 sur 22).

- ***Le profil sociodémographique des clients adultes***

Sur l'ensemble des adultes desservis pour des problèmes en lien avec les substances psychotropes, 34 % sont des femmes; 2,5 % sont des personnes de plus de 65 ans et 5,8 % sont des personnes de langue anglaise. Pour le jeu pathologique, les clients de plus de 65 ans sont représentés dans une proportion de 8 %.

Par ailleurs, 70 % des personnes adultes recevant des services en toxicomanie et 61 % des personnes desservies pour un problème de jeu pathologique vivent seules ou sont séparées ou divorcées. Une proportion de 45 % est sans travail et en recherche d'emploi parmi les clients en toxicomanie alors que 31 % sont dans cette situation parmi les clients desservis pour un problème de jeu pathologique.

Voici la répartition de ces clientèles adultes selon les MRC :

Adultes desservis 2005-2006		
MRC	**Toxicomanie**	**Jeu pathologique**
Ville de Sherbrooke	815	140
Des Sources	46	8
Coaticook	81	4
Haut-Saint-François	70	3
Memphremagog	125	24
Granit	105	8
Val-Saint-François	96	14
TOTAL	**1338**	**201**

En ce qui concerne les clients desservis pour du jeu pathologique, nous savons que 35,3 % d'entre eux ont eu besoin de services de conseil financier et 22 % d'entre eux ont vu leurs proches bénéficier d'un soutien clinique.

- ***Les jeunes***

Sur les 228 jeunes (17 ans et moins) desservis en 2005-2006, on observe une proportion de 29 % de filles; de 7,4 % sans travail et en recherche d'emploi alors que plus des 3/4 (79 %) sont encore aux études.

Voici la répartition de ces clientèles jeunes selon les MRC :

MRC	Nombre de jeunes desservis 2005-2006
Ville de Sherbrooke	118
Des Sources	10
Coaticook	10
Haut-Saint-François	17
Memphremagog	51
Granit	8
Val-Saint-François	14
TOTAL	**228**

- ***Les femmes enceintes***

Les femmes enceintes avec un problème de toxicomanie requérant des services spécialisés a été de treize personnes en 2005-2006. Le nombre annuel de naissances en Estrie est de ± 2900.

- ***La raison majeure de consultation***

Pour les adultes qui consultent pour des services en dépendances, l'alcool est la raison majeure de consultation dans 57 % des cas. Le fait de consommer deux psychotropes ou plus représente 20 % des cas; le jeu pathologique concerne 12 % des clients. Le fait de consommer des drogues illicites est la raison majeure de consultation pour seulement 9 % des clients adultes et les médicaments psychotropes pour 2 %.

La situation est différente chez les jeunes puisque le fait de consommer deux psychotropes et plus est la raison majeure de consultation pour 56 % d'entre eux; les drogues illicites sont évoquées comme raison majeure par 27 % des jeunes. L'alcool ne suscite la demande de services que chez 16 % des jeunes et les médicaments chez 1 % d'entre eux.

- ***La durée des services***

Le système d'information pour le suivi des clientèles des centres de réadaptation en toxicomanie ne permet pas actuellement de disposer d'informations sur la durée des services en externe.

Par contre, en ce qui concerne les places en interne (désintoxication et réadaptation), treize places pour les adultes et trois places pour les jeunes, la durée de séjour (hébergement dépendances) est disponible. Pour les adultes, la durée moyenne de séjour est de 12,2 jours alors que pour les jeunes (moins de 17 ans), elle s'établit à 20 jours en moyenne[29].

En 2005-2006, le taux d'occupation pour les treize places « adultes » était de 58 % et celui pour les trois places « jeunes » de 47 %. Selon les données disponibles pour 2006-2007, la tendance est à l'augmentation. À la période 9, on observe un taux d'occupation de 64 % pour les places « jeunes » et de 59 % pour les adultes.

Pour des services de réadaptation en interne, 93 adultes (48 % sont des femmes) ont été admis en 2005-2006 alors que chez les jeunes (17 ans et moins) ils ont été au nombre de 25. Les services de réadaptation avec hébergement sont souvent requis pour les femmes enceintes ou les mères. Parmi les jeunes ayant eu besoin d'hébergement, 28 % sont des filles.

- ***Le traitement de substitution (méthadone)***

Le total des personnes inscrites à ce programme est de 64. En 2005-2006, dix-neuf usagers nouveaux y ont participé.

---

[29] Il est à noter qu'avant la création en 2002-2003 des trois places « jeunes » en Estrie, tous les jeunes nécessitant des services en externe étaient référés à l'extérieur de la région (ressources supra-régionales), cela concernait environ 30 jeunes par année. En 2005-2006, cinq jeunes ont dû être référés à ces ressources.

Les 64 clients ont bénéficié d'un total de 958 interventions, ce qui correspond à une moyenne d'environ quinze interventions par client. Ces interventions sont réparties entre du suivi infirmier/médical (51 %) et du suivi psychosocial (49 %).

- ***Les activités de réinsertion***

Elles sont comptabilisées dans le cadre des services en jeu pathologique et concernent 139 clients.

4.2.4 Les services dans les organismes communautaires

Dans le présent document, le vocable « organismes communautaires » fait référence aux organismes reconnus et financés par le *Programme régional de soutien aux organismes communautaires* (PR-SOC).

- ***Les caractéristiques des organismes communautaires du Programme-services Dépendances***

Les organismes impliqués en Dépendances :

- ont un membership constitué de personnes ayant une dépendance; de personnes proches d'une personne dépendante; de personnes préoccupées par le phénomène et qui veulent en prévenir l'apparition ou l'aggravation et les conséquences. Les organismes sont donc en mesure de refléter les situations vécues et les besoins des personnes dépendantes, de leurs proches et de la collectivité;
- apportent des contributions importantes, complémentaires au réseau et significatives pour les personnes ayant une dépendance ou à risque d'en développer une;
- ont mis sur pied des programmes et des activités permettant l'acquisition et la consolidation d'attitudes et d'habitudes favorables à la santé;
- visent à susciter la création de réseaux d'entraide pour le maintien de la santé et un mode de vie favorisant une utilisation sécuritaire des psychotropes;
- travaillent à sensibiliser la population et les autres intervenants du réseau public aux problématiques liées aux dépendances.

- ***Les services dans les organismes communautaires en Dépendances* :**

Territoire /MRC	Organisme	Accueil-évaluation-référence	Aide-entraide-soutien	Accompagnement de type AA	Mobilisation-Prévention (info-sensibilisation)
Memphremagog	Zone Libre	X	X		X
Sherbrooke	Élixir*	X	X		X
	Maison du Point tournant	X	X	X	X
Des Sources	Unité Domrémy-Asbestos	X	X	X	X
	Unité Domrémy-Danville-Shipton	X	X	X	X
Val-Saint-François	Unité Domrémy de Windsor	X	X		X
Granit	Domaine de la sobriété	X	X	X	X

* Cet organisme est de type régional pour la prévention de la toxicomanie chez les femmes.

Dans le cadre de leurs activités, selon les rapports du PR-SOC, ces organismes ont reçu en 2005-2006, 1368 personnes sur une base régulière. Dans le cadre d'activités plus ponctuelles, ils peuvent rejoindre des volumes beaucoup plus importants de personnes. Par exemple, dans le cadre d'activités de sensibilisation grand public comme des articles dans les journaux, des conférences ou la tenue de kiosque lors d'événements.

Organismes offrant de l' hébergement

Deux organismes reconnus par l'Agence dans le cadre du PR-SOC offrent aussi de l'hébergement. Il s'agit du Domaine de la Sobriété à Stratford (clientèle mixte, approche de type 12 étapes) et de la Maison du Point Tournant (clientèle féminine, approche de type communauté

thérapeutique) à Lennoxville. En 2005-2006, ces deux organismes ont hébergé 180 personnes. Le budget reçu par ces deux organismes dans le cadre du PR-SOC ne concerne pas le volet « hébergement » de leurs activités, mais les volets présentés dans le tableau ci-dessus.

Organisme offrant de l'aide-entraide aux proches de joueurs
Dans le domaine du jeu pathologique, huit organismes du secteur des dépendances ou du secteur de la santé mentale reçoivent un financement spécifique pour implanter dans leurs activités de l'aide-entraide aux proches[30] de joueurs pathologiques qui ne sont pas encore en traitement.

Voici la répartition de ces organismes sur les territoires :

Aide-entraide aux proches de joueurs pathologiques non en traitement	
MRC	***Organismes***
Memphremagog	Zone Libre Memphrémagog
Sherbrooke	Élixir
Des Sources	Unité Domrémy d'Asbestos
	Unité Domrémy Danville-Shipton
Val-St-Fr	Unité Domrémy de Windsor
Granit	Domaine de la sobriété
Coaticook	Ressource communautaire en santé mentale L'Éveil
Haut-Saint-François	Le Virage santé mentale

Mis en place depuis juin 2003, ce type de services se traduit par de l'information aux proches (par téléphone ou rencontre); par des rencontres d'écoute et soutien ainsi que par des groupes d'aide-entraide (offerts par six organismes sur huit).

La reddition de compte à l'Agence se fait annuellement et les données de 2005-2006 indiquent que 101 entrevues individuelles ont été réalisées cette année-là. Comparativement à 2004-2005, on note une augmentation des demandes d'aide et de soutien par rapport aux demandes d'information générale. Les organismes rapportent que la clientèle visée est difficile à rejoindre malgré les méfaits et la détresse liées aux habitudes de jeu de leur proche et qu'ils doivent intégrer des ateliers d'information et sensibilisation sur le jeu à leur planification.

4.2.5 Les ressources offrant de l'hébergement en dépendances

Ces ressources offrent de l'hébergement et une «cure» ou thérapie dont les modalités varient. Les clientèles y sont reçues pour des séjours dont la durée peut varier de quelques semaines à plusieurs mois et les services proposés vont de la désintoxication à la réinsertion. En Estrie, deux de ces ressources sont reconnues dans le cadre du PR-SOC (voir page précédente) et ont un fonctionnement de groupe communautaire avec assemblée générale alors que d'autres sont des ressources privées. En Estrie, aucune de ces ressources ne reçoit de budget de l'Agence pour le volet hébergement.

Afin d'assurer la protection de la clientèle, souvent très fragilisée, qui fréquente ces ressources, le MSSS a créé en 2001 un programme de certification[31] par lequel devront passer toutes les ressources (privées ou communautaires) offrant de l'hébergement en Dépendances et qui souhaitent collaborer avec le réseau de la santé et des services sociaux, en particulier dans le cadre des réseaux locaux des services (RLS). La certification est une exigence pour figurer dans les listes officielles du MSSS et des lignes d'aide-entraide et référence (ex:1-800 Drogues).

30 Il s'agit de desservir dans leur milieu les tiers qui souffrent et endurent les méfaits de la pathologie d'un proche, de ceux qui bénéficient d'un support clinique du Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges en tant qu'entourage d'un joueur en traitement dans ce même centre.

31 Les normes liées à l'accréditation concernent autant la qualification du personnel intervenant que la sécurité et la qualité des services et liens avec la clientèle. Elles ont été revues et renforcées encore récemment.

Dans le cadre des RLS, le partenariat à établir avec les organismes d'un milieu concerne donc les organismes communautaires reconnus dans le cadre du PR-SOC ainsi que des organismes privés. Chaque fois qu'il est question d'hébergement, les organismes (privés ou communautaires) doivent être certifiés par le MSSS pour être éligibles à un partenariat dans le cadre des réseaux locaux de services.

Malgré la certification proposée par le MSSS, la situation n'est pas pour autant réglée en termes de sécurité et qualité de services pour les clientèles alcooliques, toxicomanes ou avec des problèmes de jeu pathologique, car des ressources non certifiées opèrent et parfois à grand volume de clientèle. Ces ressources accueillent des clients que divers partenaires leur envoient. Ils offrent, avec un accès rapide, un gîte et un couvert pour des clients, parfois judiciarisés auxquels la Sécurité publique ordonne une «cure» en remplacement d'une incarcération, mais ce peut être aussi des personnes avec des troubles de santé mentale, itinérance ou autre problème sévère en besoin de protection sociale. Certaines de ces ressources répondent bien aux besoins, cependant des situations problématiques sont aussi régulièrement rapportées. Le bureau du coroner a émis des recommandations de prudence suite à des décès survenus dans de telles ressources. Par ailleurs, les coûts de logement et autres services dispensés dans ces ressources étant financés par les revenus de l'aide sociale du client en hébergement (lequel ne gère pas souvent lui-même son budget) des abus d'ordre financier ont également été rapportés.

Il semble que des pourparlers soient en cours entre le MSSS et le ministère de la Sécurité publique à ce sujet. Par ailleurs, il serait pertinent de documenter la problématique régionale sur les besoins de ces clientèles. En attendant la prudence est de mise et le PSI, établi avec les partenaires CSSS et CRPAT, peut constituer un outil très aidant.

Le processus de certification est long. En Estrie, un seul organisme offrant de l'hébergement a fait toutes les démarches pour obtenir sa certification du MSSS et son dossier complet est déposé au ministère. Il faut comprendre que le processus de certification ne vise pas à la disparition de ces ressources car leur existence répond à un réel besoin, sur le continuum du programme-services en dépendances, de milieux protégés pour certaines clientèles. De plus, en général, elles proposent une approche différente de celle des établissements publics (abstinence, approche des douze étapes), ce qui convient à un certain type de clients et enrichit de cette façon l'offre de service en dépendances. La certification est le moyen mis en place par le MSSS pour que les conditions d'hébergement et les services de ces ressources soient sécuritaires sur les plans physiques et psychologiques.[32]

4.3 Les ressources financières dépensées dans le Programme-services Dépendances

Avant de faire état du budget dépensé en Dépendances, il convient de faire un rappel de la notion de «contour financier». La brève explication qui suit provient du document portant sur « l'architecture des services » (MSSS, janvier 2004).

Tout programme est composé d'un ensemble de services et activités qui sont désignés sous le vocable de « centre d'activités ». Le contour financier fournit la répartition des dépenses par programme, à partir des centres d'activités. En pratique, un centre d'activités correspond à un type de service. Ce dernier est classé en fonction de son appartenance à un ensemble organisé d'activités, ensemble qui permet de répondre à un profil de besoins particuliers. C'est ce qui est nommé « programme-service ». Le Programme-services Dépendances est l'un des neuf programmes reconnus.

Un centre d'activités peut appartenir à un seul ou plusieurs programmes-services. Dans le cas où celui-ci n'est pas exclusif à un seul programme, le MSSS utilise le total des coûts de ce centre d'activités et le distribue entre les programmes, à partir des données du rapport statistique ou des systèmes d'information clientèle (SIC).

Le contour financier n'incorpore que les centres d'activités principales. Ainsi, dans le Programme-services Dépendances, il n'inclut pas les montants relatifs au jeu pathologique qui sont comptabilisés dans le centre d'activités « accessoires ». Enfin, certaines activités des CSSS concernant le Programme-services Dépendances sont intégrées aux services généraux et donc n'y apparaissent pas.

Pour l'année 2005-2006, les dépenses en Dépendances dans les établissements et organismes communautaires pour la région étaient de 2 174 501 $. Ce montant se répartissait de la façon suivante:

- 386 419 $ pour les organismes communautaires
- 1 788 082 $ pour le centre de réadaptation (CRPAT).

[32] La liste à jour des organismes certifiés est disponible sur le site internet du MSSS.

En ce qui concerne le jeu pathologique, le montant global pour la région est de 392 000 $. Environ 60 % est affecté au traitement des joueurs pathologiques. Le reste est affecté à diverses activités dont la prévention et la formation (26 %) et le support aux proches dans les organismes communautaires (14 %).

4.4 Les constats généraux à partir des données d'utilisation des services et d'un bilan du MOS

- En Estrie comme dans le reste du Québec, les activités de première ligne (détection, intervention précoce) sont le maillon faible du continuum de services. Pourtant, nous savons qu'une proportion d'environ 18 % de la population dépasse les directives de consommation d'alcool à faible risque. Ces personnes bénéficieraient d'une sensibilisation ou intervention sur le sujet lors de consultations dans le réseau de la santé ou des services sociaux, même si on sait aussi qu'environ 70 % d'entre elles modifient à la baisse leur consommation par elles-mêmes;
- En dépendances, comme dans d'autres programmes-services les limites ne sont pas toujours claires, définies et partagées entre la 1re et la 2e ligne;
- Il existe des corridors de services entre le CRPAT et ses partenaires comme le Centre jeunesse de l'Estrie, la Villa-Marie-Claire, les écoles, les CSSS. Des corridors de services restent à développer entre les CSSS et leurs partenaires comme les CH, les écoles, le milieu carcéral, etc.
- Les organismes communautaires et les organismes privés jouent un rôle diversifié (aide-entraide; information-sensibilisation; traitement) mais les arrimages avec le réseau public sont à améliorer pour favoriser la référence et ils doivent être mieux monitorés;
- L'utilisation d'outils de détection de cas est à renforcer et supporter, particulièrement dans les CSSS (par contre l'outil DEP-ADO est très utilisé en milieu scolaire). DEP-ADO et DÉBA-A/D sont des outils validés et standardisés. Ils avaient été identifiés par les travaux du MOS en 2000 et des formations ont été organisées pour leur implantation. La relance des outils est à compléter par des formations sur les stratégies d'intervention brève et des activités de support;
- La région dispose de services de 2e ligne bien structurés et organisés : gestion des listes d'attente variant selon les secteurs et les périodes de l'année; connaissance des besoins particuliers de certaines clientèles (femmes enceintes, jeunes, comorbidité santé mentale-dépendances); variété d'approches offertes pour rejoindre différents types de clients (réduction des méfaits, par exemple);
- Les places et ressources disponibles en désintoxication au CRPAT ne permettent pas de faire des admissions tous les jours ou à toute heure, ce qui occasionne parfois des délais dans la prise en charge des clients nécessitant un encadrement plus soutenu;
- Les patients avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie n'ont pas de place de relocalisation lors de leur retour à la première ligne;
- L'hébergement de certaines clientèles (judiciarisées et/ou avec troubles mentaux) pose problème par manque de ressources adaptées disponibles dans la région;
- Le programme de maintien à la méthadone est consolidé et une expertise régionale a été développée à ce sujet. Le fait que la moitié des personnes sur méthadone utilisent aussi l'offre de service en soutien psychosocial en témoigne.

Les changements de pratiques requis pour l'organisation des services généraux et spécifiques en CSSS arrivent à point. Le Programme-services Dépendances devrait profiter de cet élan puisqu'il dispose des outils nécessaires : outils de détection standardisés et validés, cadres de meilleures pratiques, programmes efficaces, prévalences justifiant d'intervenir avec un potentiel d'impact sur la santé des populations et enfin, forte expertise de la 2e ligne en région.

L'organisation des RLS arrive aussi à point pour répondre à de réels besoins en lien avec la participation de certains partenaires (ex : cliniques privées, GMF) et l'absence de mécanisme local formalisé pour l'accès aux services et le retour en première ligne des clients traités. Là encore le support de la 2e ligne, avec une expertise solide, est un atout ainsi que la mobilisation forte dont le milieu scolaire fait preuve depuis quatre ans, en autre autour du volet «détection de cas et intervention précoce» de Impact-écoles.

PARTIE II :

Orientations régionales

5. LES OBJECTIFS, ORIENTATIONS ET PRIORITÉS RÉGIONALES

5.1 Principes directeurs

Le tour d'horizon du Programme-services Dépendances, les données statistiques sur la prévalence des problèmes et les données d'utilisation des services permettent de dégager certains constats qui, ajoutés aux orientations du MSSS dans son offre de service en dépendances et aux visées spécifiques d'accessibilité, de qualité et de continuité des RLS nous amènent à retenir cinq principes directeurs propres au Programme-services Dépendances en Estrie :

- Une intervention précoce sur la trajectoire problématique (avant le développement d'une dépendance) grâce à la détection de cas et une intervention brève pour stopper le comportement problématique;
- Un continuum de services en cohérence avec le continuum santé-maladie (présenté à la page 8 de ce document) et le MOS de février 2000;
- Une attention particulière aux clientèles spécialement vulnérables à cause de l'ampleur des conséquences et méfaits pour elles-mêmes ou leurs proches (les femmes enceintes et les jeunes mères, les jeunes, les personnes avec un problème de santé mentale) et à cause de la prévalence des comportements problématiques chez ces clientèles en Estrie;
- Un souci d'efficacité et de qualité des interventions dans le réseau public, communautaire ainsi que dans le réseau privé;
- Le milieu naturel comme lieu d'intervention privilégié et la mobilisation des partenaires autour des cas complexes pour supporter les individus dans leur milieu naturel (ex. : désintoxication, réinsertion).

5.2 Les orientations régionales : priorités proposées

Accessibilité :

- Développer et consolider la détection de cas (repérage de la clientèle à risque) par l'utilisation d'outils validés et standardisés, DEP-ADO et DÉBA représentant actuellement les outils reconnus;
- Enrichir la pratique des intervenants et intervenantes de 1re ligne, en particulier des services généraux des CSSS, par l'acquisition de stratégies d'intervention brève;
- Implanter une offre de service spécifique en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des personnes les plus vulnérables;
- Établir des limites claires, définies et partagées entre la 1re et la 2e lignes en dépendances et les faire connaître aux intervenants;
- Bonifier l'offre de service spécialisé adapté aux besoins de clientèles particulières (ex. : femmes avec enfants, personnes avec problèmes de santé mentale, jeunes en difficulté, etc.).

Continuité :

- Établir des ententes et des mécanismes de liaison formels au plan local entre les services de 1re ligne (milieux scolaires, CSSS, GMF, cliniques privées, etc.) et entre les CSSS et les services spécialisés afin que le passage d'un niveau de service à un autre se fasse de façon cohérente et sans rupture;
- Utiliser des outils standardisés et validés (actuellement reconnus : DEP-ADO et DÉBA) ;
- Hiérarchiser les services et soutenir cette hiérarchisation par des mécanismes bidirectionnels de référence pour un accès rapide et privilégié aux personnes référés mais aussi un retour facilité en 1re ligne lorsque requis;
- Appuyer l'intervention concertée (lorsque requise) sur un PSI structuré, établi en fonction des besoins de la personne.

Qualité :

- Encadrer et supporter la prestation des services (de 1re ligne ou spécialisés) : cadres de référence et guides de bonne pratique; formation continue des intervenants; mise à contribution de l'expertise de la 2e ligne pour supporter la 1re ligne;
- Augmenter le nombre de ressources privées ou communautaires accréditées par le MSSS.

5.3 Les rôles et responsabilités

L'encadrement légal

Dans le contexte de précision et implantation des projets cliniques, il est utile de faire un rappel des mandats dévolus aux différents partenaires en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. (MOS, p. 69 et suivantes)

Article 80 : « La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux et services sociaux courants et à la population du territoire des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ».

Article 84 : « La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, (…) à cause de leur alcoolisme ou autres toxicomanies requièrent de tels services ».

Article 81 : « La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés ».

Une note dans le texte de loi précise que «Les centres hospitaliers reçoivent les personnes principalement sur référence. Par analogie avec l'article 80, (…) les centres hospitaliers sont principalement appelés à intervenir en seconde ligne. Le partage entre chaque ligne, pour reprendre ce vocabulaire n'est guère évident».

Article 334 : Cet article décrit ce que la loi entend par organisme communautaire, « une personne morale constituée en vertu de la Loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme (…) ». À l'*article 336*, il est spécifié qu'une agence peut subventionner un organisme communautaire « s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire ».

Par ailleurs, pour les ressources privées ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement, le MSSS a mis en place un processus de certification. Ces normes portent sur l'administration, les services à la clientèle, les installations et les services auxiliaires. Elles permettent à l'organisme d'être inscrit dans un annuaire d'organismes certifiés diffusé auprès de toutes les organisations susceptibles d'y référer de la clientèle.

Article 340 : « L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région (…) ».

Parmi les responsabilités rattachées à cette mission figurent :
- de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- d'élaborer un plan stratégique pluriannuel et d'en assurer le suivi.

Les rôles et responsabilités en lien avec les RLS et les projets cliniques

Agence :

- Élabore les orientations régionales;
- S'assure de l'élaboration et l'implantation des projets cliniques;

- Contribue à faciliter l'actualisation des mesures retenues dans les projets cliniques;
- Soutient le développement ou la consolidation des partenariats intersectoriels;
- Assure le suivi de gestion du Programme-services Dépendances.

CSSS :

- Élabore le projet clinique de son territoire;
- Coordonne le Réseau local de services en dépendances;
- Garantit localement l'accès aux services, peu importe le mode d'organisation du RLS retenu;
- Assure les activités de détection (repérage de la clientèle) en dépendances et d'intervention brève;
- Assure la liaison et facilite l'accès aux services spécialisés de 2e ligne pour les clients qui passent par la 1re ligne;
- Coordonne le PSI lorsque celui-ci est requis;
- Assure lui-même ou facilite l'accès :
  - à des services généraux et des services spécifiques comme Alcochoix+,
  - à du soutien dans la communauté ou des activités de réinsertion.

Mission CH [33]:

- Assure la prise en charge des cas sévères d'intoxication et de désintoxication;
- Collabore avec les établissements concernés (CSSS, CRPAT) pour l'accessibilité, la qualité et la continuité de services auprès des clientèles, dépendamment du requis de services.

CRPAT :

- Assure l'évaluation des clientèles requérant des services spécialisés en dépendances[34];
- Dispense les services spécialisés de réadaptation;
- Offre du support à l'entourage;
- Offre des services de désintoxication, y compris l'accès au programme méthadone;
- Supporte la 1re ligne (services généraux des CSSS) par son expertise, y inclus pour l'orientation des clientèles;
- Contribue au PSI.

MÉDECINS de pratique privée-GMF-Cliniques médicales

- Assurent des activités de détection de cas à travers leurs contacts avec la clientèle;
- Collaborent au PSI et plus largement aux RLS;
- Collaborent à l'offre régionale de service de désintoxication dans le milieu de vie, en particulier pour les clientèles vivant un sevrage de médicaments psychotropes;
- Assurent certaines activités d'éducation et de counselling bref, (pratique clinique préventive) en particulier sur l'alcool auprès des femmes enceintes.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OU PRIVÉS :

- Dispensent des activités d'accueil, écoute, référence, accompagnement et aide-entraide;
- Organisent des activités d'information et sensibilisation favorisant une meilleure connaissance de la problématique et des risques associés aux comportements de consommation de substances et à la pratique des jeux de hasard et d'argent;
- Collaborent à l'offre de service des RLS;
- Contribuent à faire mieux connaître les besoins de la clientèle souffrant de dépendances;
- Offrent du support aux proches, en particulier des joueurs non encore en traitement;
- Soutiennent les personnes au terme d'un traitement;
- Collaborent au PSI.

---

33 Les CSSS qui n'ont pas de mission CH doivent prendre entente avec leur CH.
34 L'outil actuellement utilisé est l'IGT (indice de gravité d'une toxicomanie).

MILIEU SCOLAIRE :

- Assure des activités de détection de cas;
- Collabore au PSI;
- Assure certaines interventions à l'intérieur des services éducatifs complémentaires.

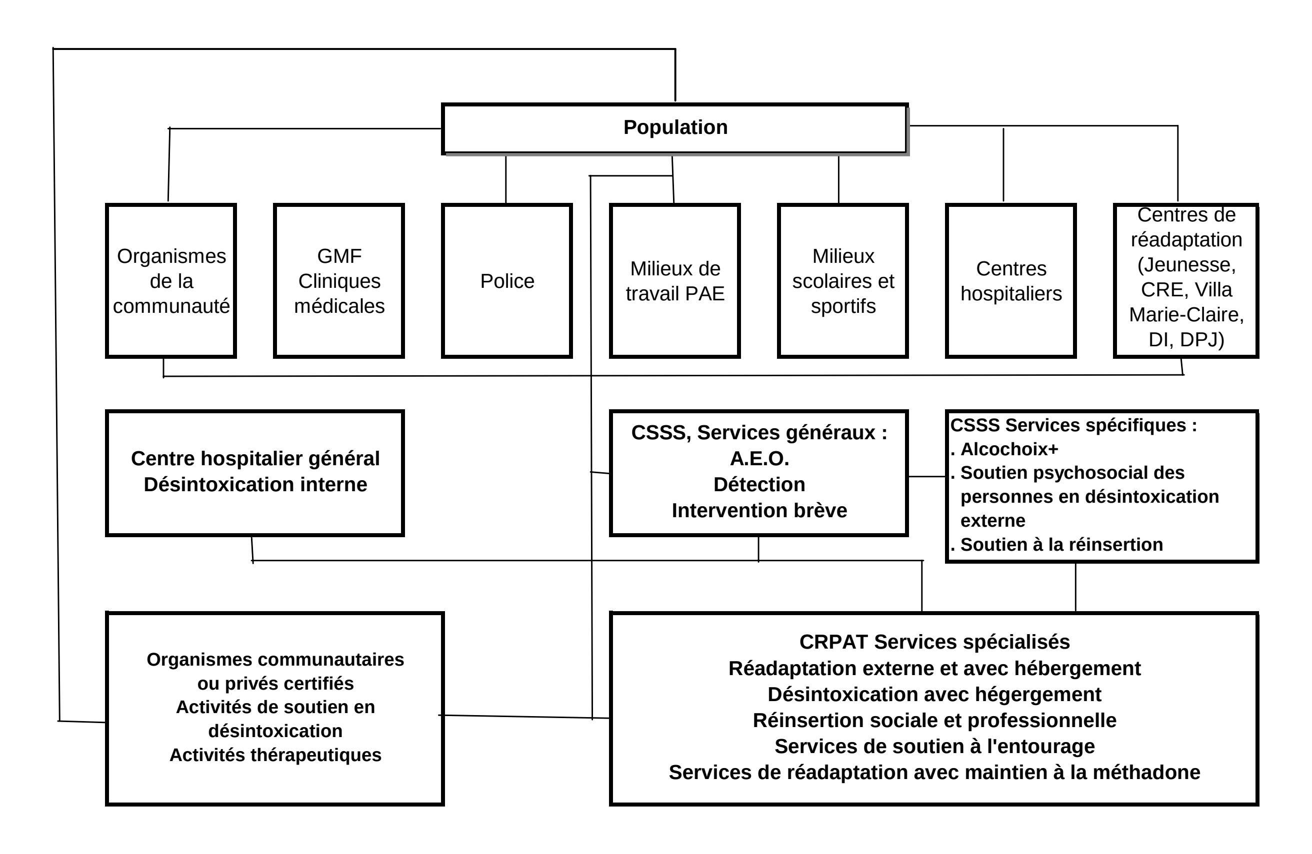
CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE :

- Assure des activités de détection de cas auprès de sa clientèle;
- Collabore au PSI;
- Évalue et stimule la motivation de sa clientèle à des services en 2e ligne, lorsque requis.

Villa Marie-Claire inc :

- Assure des activités de détection de cas auprès de sa clientèle;
- Collabore au PSI;
- Évalue et stimule la motivation de sa clientèle à des services en 2e ligne, lorsque requis.

5.4 La trajectoire de services en dépendances



5.5 Les composantes de l'offre de service

5.5.1 En promotion-prévention

LE VOLET PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION PRIMAIRE EST TRAITÉ À TRAVERS LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE (voir 3.5.1)

En ce qui concerne plus spécialement les jeunes en milieu scolaire, conformément aux orientations provinciales et régionales, on assiste actuellement en Estrie au déploiement de l'approche *École en santé* et l'intégration à celle-ci des préoccupations relatives à 6 facteurs-clés du développement des jeunes dont les habitudes de vie (consommation de tabac-alcool-drogues).

DE PLUS, L'ORGANISATION DES SERVICES DEVRAIT COMPRENDRE :

5.5.2 En première ligne

DANS LE CADRE DES SERVICES GÉNÉRAUX ET DE LA PRATIQUE MÉDICALE (GMF, CLINIQUES PRIVÉES, ETC.)

- Le développement et la consolidation de la **détection de cas** via les outils validés et standardisés que sont actuellement DEP-ADO et DÉBA-Alcool/Drogues et DÉBA-jeu.

Les formations déjà réalisées (depuis le MOS de 2000) et l'implantation effective en milieu scolaire et au CJE de l'outil DEP-ADO, ainsi que DÉBA dans certains CSSS constituent des acquis sur lesquels s'appuyer. Compte tenu de l'attention à accorder à certaines clientèles comme les jeunes en difficulté et les femmes enceintes, les formations sur les outils qui ont débuté pour les intervenants du centre Jeunesse et ceux en périnatalité des CSSS sont tout à fait pertinentes et doivent être poursuivies, voire amplifiés.

De plus, la détection de cas, notamment sur l'alcool pour les adultes mais aussi sur la consommation de drogues ou sur la pratique des jeux de hasard et d'argent, est à développer via l'ensemble des pratiques cliniques (GMF, cliniques médicales, etc.).

> Les outils de détection n'ont pas à être utilisés de façon systématique pour toute demande de services (AEOR, Info-social, intervention en situation de crise, consultation médicale ou de nursing, etc.). Cependant, un bref questionnement sur les habitudes de consommation d'alcool, de drogues ou de jeu peut être inclus systématiquement lors de consultations, quelque soit le motif de consultation afin de vérifier à partir des réponses du client la pertinence à pousser l'investigation à l'aide des outils DEP-ADO ou DÉBA. Ces outils, spécialement conçus pour la première ligne, présentent l'avantage de doter les intervenants d'une analyse objective de la situation en plus d'un langage commun lors de la référence en deuxième ligne lorsque requis.

- L'utilisation de **l'outil DEP-ADO** pour les jeunes et **DÉBA** pour les adultes **avant toute référence en 2e ligne**.

Cette systématisation est bien implantées lors des références en 2e ligne réalisées par le milieu scolaire ainsi que par le Centre jeunesse de l'Estrie. Les intervenants concernés utilisateurs des outils se disent très satisfaits de cette pratique qui facilite les communications et l'intervention. De plus, les « scores » du client suite à l'administration de l'outil constituent des bases concrètes et objectives pour toute discussion de cas entre la 1re et 2e ligne lorsque requis.

Cependant, pour bonifier les formations organisées sur les outils et compte tenu des commentaires de certains intervenants de 1re ligne quant à la difficulté d'insérer la passation des outils lors de leurs contacts avec la clientèle (en particulier les jeunes), les futures formations devront être dispensées en tandem CSSS-CRPAT afin d'ajuster le contenu des formations à ces préoccupations. Une expérience menée à Magog, pour la formation sur DÉBA-jeu, dans le cadre du projet pilote sur le jeu (voir p. 20) a été fructueuse.

- L'intégration à la pratique de **stratégies d'intervention brève** (utiles et communes à plusieurs problématiques) afin de stopper le développement d'un problème émergent de consommation de substances psychoactives ou de jeu ou, pour d'autres, stimuler la motivation et ainsi faciliter le cheminement de ces personnes dans le continuum de services.

> La démarche de changement des pratiques dans les services généraux pourrait profiter du développement des compétences des ressources humaines en matière de stratégies d'intervention brève. Ce type d'intervention (généralement trois rencontres) consiste principalement à produire un feed-back des résultats de l'outil de détection, vérifier et stimuler la motivation au changement du client. Une ou deux interventions de suivi permettent de compléter la démarche définitivement ou orienter et accompagner la personne vers des services spécifiques (ex. :Alcochoix+ en 1re ligne) ou spécialisés (CRPAT).

CES MODIFICATIONS DE PRATIQUE EN PREMIÈRE LIGNE AURONT BESOIN DE :

- La précision et l'adoption par tous les partenaires concernés de **limites claires, définies et partagées entre la 1re et 2e ligne**.

Les outils cliniques DEP-ADO et DÉBA-A\D ainsi que l'expertise clinique du Centre Jean-Patrice-Chiasson peuvent aider à décider régionalement où situer cette « frontière » entre les deux niveaux de services. De plus, une information à jour sur les ressources de traitement devra être disponible à la 1re ligne afin de pouvoir orienter adéquatement en 2e ligne, lorsque requis.

- Le **soutien et de support de la 2e ligne**, par son expertise, à la 1re ligne.

Un support-conseil en matière de dépendances devra être rendu disponible par les services spécialisés de 2e ligne à la 1re ligne. Les projets cliniques locaux pourraient moduler ce rôle en fonction des ressources existantes propres à chaque milieu et en lien avec l'avancement de l'implantation du projet clinique.

- La mise en place d'un **guichet d'accès aux services spécialisés ou thérapeutiques** afin d'assurer harmonieusement le transfert à la 2e ligne des clients qui passent par la 1re ligne (CSSS, école, cliniques médicales)[35].

Il semble plus profitable pour le client que la trajectoire de services, selon son profil et ses besoins, soit décidée au sein du réseau local de services (RLS) et coordonnée par le CSSS. Le CSSS facilitera autant que possible qu'une évaluation des besoins des clients alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques soit faite par le CRPAT, via l'outil IGT car les intervenants du Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges possèdent l'expertise sur les différents profils de clientèles en dépendances ainsi que sur les appariements requis (client-traitement).

Dans tous les cas où la 1re ligne a besoin d'une expertise spécialisée, elle peut faire appel aux intervenants du CRPAT, d'autant que ces ressources sont déconcentrées dans les territoires et donc très accessibles.

Par ailleurs, pour les références requises hors région, le centre de réadaptation s'occupe généralement de ces références et il devrait continuer à le faire, compte tenu de son expertise sur les profils des clientèles et les appariements requis.

DANS LE CADRE DES SERVICES SPÉCIFIQUES

- La mise en place, en séquence, d'une intervention spécifique en dépendances **dans les CSSS : le Programme Alcochoix+** (autogestion de la consommation d'alcool pour les adultes) serait la première étape.

L'organisation régionale des services actuels en dépendances a une particularité intéressante depuis plusieurs années : la déconcentration dans les MRC des intervenants du Centre Chiasson qui ont ainsi été rapprochés des clientèles en besoin de services spécialisés. Le potentiel de la contribution des intervenants du Centre Chiasson en poste dans les CSSS pourrait être évalué en termes de contribution et support au déploiement de Alcochoix+ pour une meilleure réponse aux clients.

En ce qui concerne les jeunes, il y a peu de programmes spécifiques évalués, disponibles actuellement. Le secteur de l'intervention de première ligne en dépendances (pour les adultes et les jeunes) fait l'objet de travaux et recherches. On peut s'attendre à ce que d'ici quelques temps, des interventions appuyées sur les meilleures pratiques soient disponibles. Ces programmes seront à intégrer à la pratique. En attendant ces développements, les jeunes qui présentent un besoin d'intervention continuent à être traités à l'intérieur du Programme Jeunes en difficulté ou desservis par les équipes d'intervention jeunesse (PSI).

---

35 Les CRPAT reçoivent leur clientèle principalement sur référence, ce qui n'exclut pas l'accès direct.

EN OUTRE, L'ORGANISATION DES SERVICES DEVRA :

5.5.3 Dans le cadre des services spécialisés

- En matière de **désintoxication**, incluant le soutien aux personnes en maintien à la méthadone et en tenant compte du volume et de la gestion actuelle de ce programme par le Centre Chiasson;

Le Centre Jean-Patrice-Chiasson (CRPAT) a des ressources infirmières et médicales pour encadrer la désintoxication mais il ne dispose pas de ressources 24h/7 jours pour assurer une admission en tout temps et l'encadrement maximum requis dans certaines situations. Des ajustements sont à prévoir à ce niveau. De plus, des ententes avec les CH pour la prise en charge, dans la phase critique des cas plus lourds (souvent des cas de double problématique dépendances-problèmes de santé mentale) devraient être prises.

Les médecins de pratique privée ou cliniques médicales font du suivi en désintoxication de certains de leurs patients. Des arrimages au niveau local seraient aussi à prévoir.

Dans tous les cas, surtout vis-à-vis des clientèles vulnérables, en particulier jeunes en difficulté et les personnes avec comorbidité (problèmes de santé mentale et dépendances), le PSI constitue un élément incontournable de l'intervention.

Par contre, le volume actuel de clients sur le programme méthadone semble stabilisé en Estrie et il n'est pas certain que le volume de clientèle permettant de développer une expertise en traitement de substitution (méthadone) puisse être présente dans chaque territoire de CSSS.

- En matière de **réadaptation**

Le MSSS identifie des clientèles vulnérables pour lesquelles les services nécessitent une adaptation si on veut en assurer l'accessibilité. Il s'agit principalement des femmes avec des enfants, des personnes avec des problèmes de santé mentale et des jeunes en difficultés.

Les activités de détection visent aussi ces clientèles. Une fois dans les services spécialisés, ces personnes ont des besoins particuliers dont il faut tenir compte (ex. : hébergement pour les enfants). Il importe de documenter ces problématiques pour assurer une meilleure accessibilité aux services de réadaptation.

Les meilleures pratiques en réadaptation indiquent de favoriser les services en externe. Cependant, c'est l'administration de l'outil IGT par le CRPAT qui permet de déterminer le requis de services spécialisés, en interne ou externe.

- En matière de **réinsertion** des personnes.

La réinsertion sociale comprend principalement deux volets (Emploi-études / soutien-accompagnement psychosocial), mais peut aussi dans certains cas nécessiter des services en lien avec un état de santé détérioré. Les organismes communautaires, les CSSS, la 2e ligne et d'autres partenaires sont concernés et impliqués dans la réinsertion. Le CSSS assume la coordination de la réinsertion comme dans les autres programmes et la procédure doit être convenue au niveau local, en particulier les mécanismes locaux de référence ou de retour après un traitement. Une fois que les besoins de la personne sont établis, le CSSS voit à lui assurer l'accès aux ressources requises. Dans certains cas, le PSI constitue un outil incontournable.

- En matière de **support et accompagnement de l'entourage** d'une personne dépendante.

Ce support à l'entourage, y compris aux parents d'adolescents, peut être donné dans la communauté par les organismes communautaires ou en établissement au sens large (CSSS, CRPAT).

6. LA REDDITION DE COMPTES

Il s'agit de mesurer l'actualisation des orientations régionales et nationales. Certaines cibles sont donc inscrites dans les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements. D'autres figurent dans les activités de suivi de gestion.

Ainsi, au chapitre des ententes de gestion et conformément au cahier des charges nous retrouvons, en ce qui concerne les services spécialisés (CRPAT) :

1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés.

À ces indicateurs nationaux, s'ajoutent des indicateurs régionaux :

R1.7.10 Nombre de jeunes inscrits (services en externe)
R1.7.11 Nombre de jeunes admis en région (hébergement)
R1.7.12 Nombre de jeunes référés hors région (hébergement) par le CJPC/MSG
R1.7.13 Durée moyenne de séjour des jeunes admis en région
R1.7.15 Nombre d'adultes admis en région (hébergement)
R1.7.16 Nombre d'adultes inscrits (services en externe)
R1.7.17 Nombre de clients desservis par le programme méthadone
R1.7.19 Nombre de proches de joueurs pathologiques traités

Ces informations sont disponibles dans le rapport d'activités de l'établissement Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison-Saint-Georges (CRPAT).

En ce qui concerne les CSSS, il importe de raffiner leurs données sur les services rendus, compte tenu de l'importance de la première ligne dans le Programme-services Dépendances.

En lien avec les objectifs régionaux et les responsabilités inscrites dans le Modèle d'organisation des services (MOS, 2000), des indicateurs régionaux avaient été retenus et inscrits dans le suivi de gestion en 2005-2006 :

1.7.1 Nombre de jeunes détectés, évalués et référés par le mécanisme d'accès
1.7.2 Nombre de joueurs pathologiques traités
R1.7.3 Nombre de jeunes de moins de 18 ans référés au CJPC après l'utilisation de l'outil DEP-ADO
R1.7.4 Nombre d'adultes référés au CJPC après l'utilisation de l'outil DEBA A/D
R1.7.5 Nombre d'adultes de 18 ans et plus ayant bénéficié d'une intervention brève, éducative et préventive concernant l'alcool
R1.7.6 Nombre moyen d'interventions brèves, éducatives et préventives concernant l'alcool faites auprès d'adultes
R1.7.7 Nombre de jeunes de moins de 18 ans ayant bénéficié d'une intervention brève, éducative et préventive concernant l'alcool ou les drogues
R1.7.8 Nombre moyen d'interventions brèves, éducatives et préventives concernant l'alcool faites auprès de jeunes

Suite à une révision récente (automne 2006) des indicateurs régionaux et à la demande des établissements, il a été décidé de retenir, pour les CSSS, à partir de 2007-2008, les indicateurs régionaux suivants :

<u>Pour la détection de cas</u> :

R1.7.1 S Nombre de jeunes de moins de 18 ans auxquels est administré l'outil Dep-Ado

R1.7.2 S Nombre d'adultes de 18 ans et plus auxquels est administré l'outil DÉBA-A/D

Concernant le jeu pathologique, dans le cadre du projet-pilote de Magog (voir p. 18) un indicateur de l'utilisation de DÉBA-Jeu est en expérimentation ainsi que la codification des

interventions qui en découlent (références ou interventions brèves). Au terme de la période d'expérimentation, il faudra décider de l'inclusion ou non de ces nouveaux indicateurs dans le suivi de gestion régional.

Pour l'intervention brève :

R1.7.5 S Nombre d'adultes de moins de 18 ans ayant bénéficié d'une intervention brève, éducative et préventive concernant l'alcool.

Cet indicateur ne nous permettra pas de suivre spécifiquement le déploiement de Alcochoix+ prévu dans le PNSP. Une proposition de modification de cet indicateur afin de suivre toute intervention brève auprès des adultes (alcool-drogues-jeu) est à considérer ainsi que l'ajout d'un indicateur du même type pour suivre l'intervention brève auprès des jeunes.

Par ailleurs, un indicateur spécifique pour Alcochoix+ pourrait être créé. Le potentiel de codification a été vérifié mais les étapes à franchir sont l'adoption des orientations régionales et la tenue de formations sur Alcochoix+.

7. LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

7.1 Les ressources humaines et la main-d'œuvre

De nombreux défis liés à la disponibilité des ressources humaines devront être relevés. Tous les partenaires seront aussi sollicités par les transformations de pratiques, sans oublier les personnes utilisatrices elles-mêmes et leurs proches.

- **La planification de la main-d'œuvre – disponibilité des effectifs**

Soutenir l'actualisation des orientations régionales dans le cadre du Programme-service Dépendances, suppose une disponibilité d'effectifs ayant les qualifications requises tant en première qu'en deuxième lignes. Dès lors, un exercice de planification de la main-d'œuvre, incluant l'organisation du travail, s'avère nécessaire. La réponse à la pénurie de la main-d'œuvre anticipée dans le secteur des services psychosociaux doit s'actualiser par l'innovation des façons de faire, et ce, dans un contexte de rareté des ressources tant humaines que financières.

L'Agence coordonne la Table des responsables des ressources humaines (TRRH) qui a pour mandat notamment de travailler sur les enjeux touchant la planification de la main-d'œuvre du personnel d'encadrement et du personnel salarié. De plus, un plan régional de planification de la main-d'œuvre 2007-2012 doit être déposé au mois d'octobre 2007 en soutien aux actions locales.

Compte tenu des besoins en ressources humaines au niveau de tous les programmes-services à déployer et des contextes suivants :

- Départs à la retraite d'une forte proportion de « baby-boomers » au cours des cinq prochaines années;
- Départs en congé de maternité d'une forte proportion de jeunes de la « génération Y ».

Planifier la main-d'œuvre devient une activité stratégique d'importance pour que le réseau soit en mesure de recruter les effectifs requis dans le cadre du Programme-services Dépendances afin de soutenir l'offre de service de chacun des réseaux locaux et des établissements régionaux.

Les titres d'emploi suivants sont particulièrement touchés :

Secteur des services sociaux

- Travailleur social et travailleuse sociale
- Agent et agente de relations humaines
- Psychoéducateur et psychoéducatrice

- Psychologue
- Technicien et technicienne en éducation spécialisée
- Technicien et technicienne en assistance sociale

Secteur santé :

- Infirmiers-infirmières
- Médecins

Secteur – Administration

- Cadre
- Hors cadre

Des données régionales récentes (2006) indiquent que la vulnérabilité est prioritairement reliée au potentiel de congés de maternité à prévoir plutôt qu'au potentiel de départs à la retraite.

De plus, voici d'autres catégories de personnel d'intervention du secteur de soutien à domicile visées par la planification de la main-d'œuvre (infirmier et infirmière, organisateur et organisatrice communautaire, auxiliaire familial et social et auxiliaire familiale et sociale, omnipraticien et omnipraticienne).

En résumé, afin de favoriser l'utilisation optimale des ressources disponibles, on vise en priorité l'organisation des processus de travail notamment dans le cadre des importants défis reliés à la mise en réseau des services en Estrie.

- **Le développement des compétences professionnelles**

Un autre enjeu incontournable au niveau des ressources humaines porte sur l'élaboration d'un plan de développement des compétences afin de soutenir les ressources humaines dans les transformations à venir. Tout en respectant les responsabilités des établissements du réseau public dans le développement des compétences de leur personnel, l'Agence a un rôle d'appui à la mise en place des orientations régionales adoptées pour les différents programmes-services et il en est de même pour le volet du développement des compétences.

Par ses mesures régionales, le Plan régional de développement des compétences pour le Programme-services Dépendances permettra aux ressources humaines concernées, de consolider ou d'acquérir les connaissances, les habiletés et les attitudes requises à l'appropriation des approches privilégiées et à l'utilisation des outils de détection retenus par la région, notamment, l'utilisation de plans de services individualisés pour l'ensemble des différentes organisations concernées (infirmières, intervenants psychosociaux). Concernant les services de première ligne, on a déjà indiqué dans ce document, des approches « d'intervention brève » et « d'autogestion de la consommation d'alcool pour les adultes, Alcochoix+ » ainsi que l'utilisation des outils de détection « DEBA, DEP-ADO » Le plan régional devra aussi prendre en considération la formation des médecins pour l'intégration d'une pratique de détection et de suivi auprès des clientèles du Programme-services Dépendances.

D'autre part, une attention particulière aussi devra être accordée à l'acquisition des compétences pour une réponse aux besoins prenant en compte les différenciations observées entre les hommes et les femmes.

Le plan régional du développement des compétences en Dépendances devra aussi favoriser la participation des intervenantes et des intervenants des autres programmes-services en interface ainsi que des organismes communautaires et autres secteurs concernés (corps policiers, écoles, etc.) Cette association intersectorielle aidera à développer un langage commun ainsi qu'une compréhension partagée des interventions privilégiés en Estrie.

Lors du processus d'allocation des budgets annuels pour ce programme, un budget spécifique devra être prévu pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un *« Plan régional de développement des compétences Dépendances 2008-2013. »*

Suite à l'adoption des orientations régionales et des projets cliniques des RLS des différents territoires estriens, un comité de travail régional issu du Comité directeur en « Dépendances » sera mis sur pied. Son mandat sera d'identifier les besoins en développement des compétences spécifiques à ce programme-services et les mesures à actualiser (formation, coaching, mentorat, etc.) afin d'assurer les changements de pratiques nécessaires à la mise en place des approches, pratiques et outils retenus par les différentes instances locales et régionales.

7.2 Les ressources informatiques et informationnelles

Les systèmes d'information constituent des outils essentiels afin de supporter la pratique des cliniciens dans la prestation des services et dans les liaisons avec les partenaires. De plus, il apporte des informations de gestion très utiles à l'organisation des soins et services.

Depuis mars 2004, la région travaille sur l'élaboration d'un plan régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE). La première phase est en préparation et devrait être complétée en avril 2007.

Les différents programmes pourront miser sur une plate-forme d'échange d'informations cliniques couvrant différents volets. Deux de ces volets concernent le Programme-services Dépendances : histoire biopsychosociale et demande de services (références).

L'objectif principal du PRIE est de faire circuler l'information en temps réel en rendant disponibles en mode rapide et électif des informations aux personnels concernés. Ainsi, le volet de demandes de services facilitera les références aux autres professionnels. Le suivi des services rendus et le retour d'information seront possibles par l'intégration au dossier-patient partageable régionalement.

Par ailleurs, l'Estrie dispose actuellement de quelques systèmes d'information qui supportent partiellement les activités du Programme-services Dépendances. Cependant, ces systèmes ne communiquent pas entre eux, il faut attendre le déploiement de la première phase du PRIE pour l'intégration des diverses informations disponibles et ce, tout en respectant le consentement des clients et en protégeant leur vie privée. Ces deux éléments étant primordiaux en regard d'un domaine comme les dépendances.

Les principaux systèmes d'information actuellement actifs pour le programme Dépendances sont :

- le I-CLSC (CSSS) qui permet de suivre les indicateurs retenus et qui, de plus qui alimente le système GESTRED monitoré par le MSSS;
- le système d'information clientèle du CRPAT. Il s'agit du système d'information clientèle-ICLSC ajusté depuis 2000 pour les besoins des services spécialisés de réadaptation. Le CRPAT de l'Estrie (Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges) est un site pilote provincial. Des ajustements sont nécessaires chaque année car le système lui-même est en monitoring. Cependant, les données sont fiables.

Des problèmes de compréhension des indicateurs et de l'encadrement requis des activités de saisie des données font que, pour les CSSS, les informations disponibles à ce jour via le I-CLSC ne sont que peu fiables. Par ailleurs, les *actes* réalisés en première ligne en lien avec une problématique de dépendances sont intégrés à ceux des services courants, ce qui ne permet pas d'avoir une vision des interventions réalisées en CSSS sur les dépendances.

L'amélioration de l'utilisation des outils disponibles et le développement de nouveaux potentiels en regard des ressources informatiques et informationnelles seront des éléments déterminants dans le Programme-services Dépendances. Ils pourraient constituer des leviers importants pour la mise en place et la consolidation des interventions en dépendances en permettant de mieux connaître et documenter les besoins des populations locales en regard de certaines interventions (ex. :volume des personnes rejointes en 1re ligne).

7.3 Le plan de communication

Le plan de communication de l'Agence, des CSSS, du CRPAT et des autres partenaires en regard des dépendances visera notamment trois points :

- Démystifier les problèmes de dépendances;
- Faire valoir auprès de la population et les intervenants, la pertinence de l'intervention précoce et son efficacité;
- Faire connaître les services disponibles et les modalités d'accès.

Responsabilités de l'Agence, en collaboration avec les CSSS, le CRPAT et les autres partenaires :

- Faire connaître les orientations ministérielles et régionales du Programme-services Dépendances;
- Soutenir, à leur demande, les CSSS pour l'élaboration et la réalisation de leurs plans de communication relatifs au projet clinique en dépendances (y inclus dans une perspective d'analyse différenciée selon les sexes) visant à informer la population des MRC des services disponibles et des modalités d'accès à ces services.

Responsabilités des CSSS en collaboration avec l'Agence et les autres partenaires :

- Faire connaître leur projet clinique en dépendances à la population de leur MRC;
- Informer leur population sur les services disponibles et les modalités d'accès ainsi que le fonctionnement de ces services;
- Démystifier les problèmes de dépendances;
- Faire valoir auprès de la population et les intervenants, la pertinence de l'intervention précoce et son efficacité.

7.4 Les ressources financières

Le cadre financier des établissements tels que prévu par le MSSS ne prévoit pas de centre d'activités dédié au Programme-services Dépendances pour les CSSS, ce qui relègue les montants qu'un CSSS pourrait affecter à ces activités dans les centres d'activités « Services généraux ».

Depuis bon nombre d'années, les budgets historiques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont reconduits d'année en année. Or, le nouveau mode d'allocation du MSSS a pour objet de remplacer progressivement cette budgétisation historique des établissements.

La démarche est maintenant basée sur une approche populationnelle qui tient compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales à l'intérieur du cadre des programmes-services. Le nouveau mode d'allocation calcule une enveloppe globale pour chaque région, laquelle est ensuite répartie entre les établissements par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Le MSSS établit une dépense attendue pour chaque programme. L'utilisation des programmes-services dans la nouvelle budgétisation des régions nécessite d'abord d'estimer la part des crédits nécessaires à chaque programme afin d'offrir les services à la clientèle.

Après avoir estimé une dépense de référence par programme, à l'aide du contour financier, et estimé une dépense attendue également par programme, le MSSS détermine les écarts régionaux. Ces derniers sont calculés par programme et globalement par la suite. Ce sont les écarts globaux (somme de tous les écarts par programme) qui sont retenus pour mesurer les écarts entre la budgétisation historique et celle provenant du nouveau mode d'allocation.

Ensuite, les crédits de développement sont partagés entre les régions au prorata de la somme des dépenses attendues des programmes-services. Une fois répartis, ces crédits de développement constituent une enveloppe régionale globale. Cette dernière est ensuite distribuée entre les établissements par les agences et signifiée au MSSS dans le cadre des ententes de gestion.

En Estrie, selon le nouveau mode de budgétisation, nous avons un écart 426 000 $ pour le programme « dépendances » et un écart total pour tous les programmes de 34,2M$. Ce

programme se situe au 1er rang des programmes les plus sous-financés en Estrie (en fonction de la dépense attendue 2006-2007).

Richesse relative des programmes
Région 05 - 2006-2007

Programmes	Écart de financement positif = sous-financement négatif = surfinancement	Dépense attendue 2006-2007	Pourcentage de l'écart sur la dépense attendue
	A	B	C A/B
Dépendances	426 116	2 716 737	15,68 %
Santé mentale	4 155 664	31 602 408	13,15 %
Déficience intellectuelle et TED	2 480 780	19 790 660	12,54 %
Services généraux	1 770 032	19 305 480	9,17 %
Santé physique	21 040 450	241 684 342	8,71 %
Santé publique	641 078	10 907 843	5,88 %
Administration et soutien	4 290 188	97 286 282	4,41 %
Perte d'autonomie	3 690 356	104 238 846	3,54 %
Gestion des bâtiments	670 394	47 511 215	1,41 %
Jeunes en difficulté	(3 357 093)	36 529 853	(9,19 %)
Déficience physique	(1 598 669)	14 419 219	(11,09 %)
Total	**34 209 296 $**	**625 992 885 $**	**5,46 %**

La région a reçu un budget de développement total de 1,4M$ en 2006-2007, annualisé à 2,8M$. Nous avons alloué ce budget de développement en fonction des priorités nationales et régionales, tout en offrant le maximum de souplesse aux établissements. Or, le Programme Dépendances a reçu un budget de développement de 27 702 $ en 2006-2007, annualisé à 60 000 $; cette somme est attachée à des cibles et des seuils, comme indiqué aux ententes de gestion.

Dans un tel contexte, il apparaît plus que pertinent de se doter des moyens d'économiser les énergies en maximisant les interventions réalisées. À ce chapitre et dans un premier temps, une utilisation judicieuse de la détection de cas et l'intervention brève, à travers les services généraux des CSSS et d'autres services de 1re ligne constituerait un grand pas vers l'amélioration des services en dépendances. Tout ajout de ressources financières affectées à la1re ligne facilitera ainsi le déploiement de la 1re ligne Dépendances en CSSS. Dans un deuxième temps, des ajustements financiers pourront être apportés au niveau des services spécialisés, notamment au niveau de la désintoxication.

PARTIE III :
Plan régional de mise en œuvre
2007-2010

8. LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE L'AGENCE

Un des mandats de l'Agence est d'élaborer un plan stratégique pluriannuel en mettant à contribution les établissements et les autres partenaires. Ce plan doit contenir :

- La vision régionale, en fonction de la connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population;
- Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de l'organisation et de la gestion des services;
- Les mandats et responsabilités qui en découlent pour les établissements et organismes;
- Les mécanismes de coordination régionale et mobilisation des partenaires dans la mise en œuvre;
- Les modalités de soutien aux établissements dans l'organisation des services et au niveau des arbitrages nécessaires pour garantir l'accès, la qualité, la continuité des services ainsi que la gestion efficace et efficiente des ressources;
- Les recours à diverses modalités et mécanismes adaptés à la réalité régionale pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Le plan régional de mise en œuvre comporte un état de situation sommaire; les actions à poser par l'Agence, conformément à son mandat, pouvant contribuer à l'atteinte de certains résultats et la précision des conditions qui pourraient faciliter ou appuyer les actions à entreprendre.

À ce stade-ci, le plan de mise en œuvre porte sur les actions sur lesquelles l'Agence est prête à s'engager. Il faut attendre l'aboutissement des travaux sur le projet clinique en dépendances de chaque CSSS et le résultat de leurs échanges avec l'établissement régional (CRPAT) et les autres partenaires pour disposer d'un plan de mise en œuvre complété pour le Programme-services Dépendances.

Il s'agira donc dans cette section de présenter un aperçu sommaire des actions envisagées par l'Agence pour l'atteinte de résultats spécifiques en regard des orientations retenues.

Rappel des priorités

Accessibilité :

- Développer et consolider la détection de cas;
- Enrichir la pratique des intervenants des intervenants de 1re ligne, en particulier des services généraux des CSSS, par l'acquisition de stratégies d'intervention brève;
- Implanter une offre de service spécifique en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des personnes les plus vulnérables;
- Établir des limites claires, définies et partagées entre la 1re et la 2e lignes en dépendances et les faire connaître aux intervenants;
- Bonifier l'offre de service spécialisé adapté aux besoins de clientèles particulières.

Continuité :

- Établir des ententes et des mécanismes de liaison formels entre la 1re ligne et les services spécialisés;
- Utiliser les outils standardisés et validés (DEP-ADO et DÉBA, étant les outils actuellement reconnus);
- Hiérarchiser les services et établir des mécanismes bidirectionnels de référence pour un accès rapide et privilégié aux personnes référés mais aussi un retour facilité en 1re ligne lorsque requis;
- Appuyer l'intervention concertée (lorsque requise) sur un PSI structuré.

Qualité :

- Encadrer et supporter la prestation des services (de 1re ligne ou spécialisés) : mettre à contribution l'expertise de la 2e ligne pour supporter la 1re ligne;
- Augmenter le nombre de ressources privées ou communautaires certifiées par le MSSS.

Orientations spécifiquement en regard de l'accessibilité [36]

- Développer et consolider la détection de cas (repérage de la clientèle à risque) en utilisant DEP-ADO et DÉBA;
- Enrichir la pratique des intervenants des intervenants de 1re ligne, en particulier des services généraux des CSSS, par l'acquisition de stratégies d'intervention brève;
- Départager la frontière entre la 1re et la 2e lignes en dépendances et la faire connaître;
- Bonifier l'offre de service spécialisé adapté aux besoins de clientèles particulières (ex. : femmes avec enfants, personnes avec problèmes de santé mentale, jeunes en difficulté, etc.);
- Implanter une offre de service spécifique en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des personnes les plus vulnérables.

A) • Développer et consolider la détection de cas (repérage de la clientèle à risque) à l'aide des outils DEP-ADO et DÉBA		
État de situation	**Actions à poser**	**Conditions favorables**
La clientèle en voie de développer ou ayant développé un problème de dépendance est peu ou pas identifiée lors de consultation en 1re ligne, dans les services généraux des CSSS ou lors de consultations médicales. Des outils priorisés par le MSSS ont été implantés (de façon inégale) dans les établissements depuis plusieurs années. Ils sont pas du tout ou très peu connus et utilisés par les médecins. Il s'agit de DEP-ADO et DÉBA. Les organismes communautaires du secteur dépendances souhaitent être formés sur les outils. Ils sont en contact avec des clients qui pourraient bénéficier d'une détection. Ils semblent disposer dans certains cas de personnels ayant les prérequis à cette formation.	- Identifier des outils standardisés et validés et confirmer un choix régional avec les partenaires. - Organiser en continu des formations sur les outils et des activités de soutien aux intervenants utilisateurs de ces outils. - Continuer à monitorer l'utilisation des outils. - Faciliter la mise à contribution de l'expertise de la 2e ligne. - Accompagner l'implantation des outils en soutenant les intervenants et les gestionnaires. - Dans le cadre d'un projet pilote, expérimenter avec certains organismes du secteur dépendances, reconnus dans le PR-SOC et volontaires, une formation sur l'utilisation des outils et monitorer cette utilisation, de sorte à évaluer la pertinence de poursuivre le projet.	Consensus régional sur les outils en tenant compte des acquis et attention particulière accordée à la saisie de données. Priorisation par les établissements concernés et par le DRMG de l'utilisation des outils. Implantation systématique de la détection pour les femmes enceintes faisant appel à des services de périnatalité. Mise en place d'un monitorage de l'utilisation des outils pour l'expérimentation avec les organismes communautaires.

29 À noter que pour répondre aussi à des standards de qualité, il faudra : 1) encadrer la prestation des services (cadre de référence, guide de bonnes pratiques, formation continue et mise à contribution de l'expertise de 2e ligne et 2) utiliser des outils de détection validés et standardisés.

B) • Enrichir la pratique des intervenants des intervenants de 1re ligne, en particulier dans les services généraux des CSSS, par l'acquisition de stratégies d'intervention brève.
• Établir des limites claires, définies et partagées entre la 1re et la 2e lignes en dépendances et les faire connaître.

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
Le partage entre les activités de 1re ligne et de 2e ligne en dépendances n'est pas toujours facile à déterminer.	- Mener des travaux avec les partenaires concernés à partir de la connaissance des outils et les observations cliniques pour fixer la frontière entre 1re et 2e lignes.	Déterminer clairement les limites de chacun des niveaux de services et les faire connaître.
L'intervention brève, en amont de la dépendance, auprès de personnes ayant des comportements à risque en termes de consommation de substances ou de pratique des jeux de hasard et d'argent est reconnu pour son efficacité et la durabilité des effets dans le temps. Cette intervention relève de la prévention secondaire. Elle se heurte à des préjugés des professionnels de la santé en regard de l'efficacité (peu mesurable car non événement !) et à la faible motivation des clients.	- Organiser des formations sur l'approche motivationnelle et sur les stratégies d'intervention brève en dépendance. - Faire un travail de sensibilisation et de développement de connaissances des professionnels de la santé et des services sociaux sur ces stratégies, notamment les médecins en 1re ligne – lien avec les pratiques cliniques préventives. - Faciliter la mise à contribution de l'expertise de la 2e ligne.	Connaissance des fondements scientifiques reliés à ces approches. Valorisation des interventions de type prévention secondaire dans les établissements (support organisationnel, mesures incitatives).

C) • Implanter une offre de service spécifique en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des personnes vulnérables.

C 1) Alcochoix+ pour les buveurs à risque
C 2) Soutien psychosocial lors de désintoxication légère, en milieu naturel

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
C1) Les buveurs qui dépassent les seuils de consommation d'alcool à faible risque représentent une portion non négligeable de la population. Un programme d'auto-gestion de la consommation a fait ses preuves depuis plus de dix ans dans l'Ouest canadien. Le MSSS a fait établir une version québécoise qu'il souhaite implanter au Québec. Alcochoix+ est en cours d'implantation dans plusieurs régions, par les CSSS. En Estrie, les CSSS ont souhaité reporter l'implantation en attente des projets cliniques.	- Soutenir par de la formation et d'autres moyens (par exemple des ressources) le développement d'interventions spécifiques en dépendances dans les CSSS. - Faciliter la mise à contribution de l'expertise de la 2e ligne.	Priorisation par les établissements concernés. Ajout de ressources budgétaires pour tenir compte et soutenir l'offre de service spécifique en dépendances dans les CSSS.
État de situation	**Actions à poser**	**Conditions favorables**
C2) La très grande majorité (85 %) des personnes en besoin de sevrage (ou désintoxication) traverse cette étape en milieu naturel avec le support d'un proche. Certaines personnes requièrent cependant du soutien de type psychosocial ou médical et des conseils de santé.	- S'assurer d'une compréhension commune des besoins des personnes en désintoxication et des niveaux d'intervention requis. - Mettre sur pied les activités de formation requises en désintoxication, en particulier auprès des médecins. - Faciliter la mise à contribution de l'expertise de la 2e ligne en désintoxication par un ajustement financier visant une couverture/7 jours de services infirmiers au Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges.	Coordination locale de l'accès à des services de désintoxication selon les types et niveaux de soutien requis. Développement des compétences des personnels appelés à offrir le service. Ententes régionales.

D) • **Bonifier l'offre de service spécialisé adapté aux besoins de clientèles particulières (ex. : femmes avec enfants, personnes avec problèmes de santé mentale, jeunes en difficulté, etc.)**		
État de situation	**Actions à poser**	**Conditions favorables**
Certaines clientèles sont beaucoup plus vulnérables à cause de l'impact de la consommation de substances ou du jeu pathologique sur elles-mêmes ou sur leurs proches. En l'absence de détection ou de simples questionnements par les professionnels (santé ou services sociaux), ces personnes ne sont pas repérées lors de consultations pour divers motifs. Des efforts devraient être consentis pour rejoindre cette clientèle, idéalement de façon précoce. Par ailleurs, augmenter l'accessibilité aux services de ces personnes exige d'adapter l'offre de service. Une fois dans les services, ces clientèles présentent des besoins particuliers dont il faut tenir compte dans la prestation de services.	- Documenter les problématiques des clientèles particulières et sensibiliser les intervenants concernés à l'existence et aux besoins de ces clientèles : (femmes avec enfants ET joueuses pathologiques; femmes enceintes ET toxicomanes par des activités de formation et de soutien) - Associer aux formations sur les outils des intervenants des secteurs en interface avec dépendances : périnatalité, centre jeunesse, santé mentale, etc. - Faciliter l'adaptation des services aux besoins particuliers de ces clientèles.	Présence d'experts régionaux maîtrisant les meilleures pratiques envers les clientèles vulnérables : maternité, santé mentale, jeunes en difficulté. Arrimage de l'offre de service Dépendances avec les offres de service concernant ces clientèles.

Orientations spécifiquement en regard de la continuité

- Établir des ententes et des mécanismes de liaison formels entre les services de 1re ligne (milieux scolaires, CSSS, GMF, cliniques privées, etc.) et les services spécialisés afin que le passage d'un niveau de service à un autre se fasse de façon cohérente et sans rupture;
- Hiérarchiser les services et soutenir cette hiérarchisation par des mécanismes bidirectionnels de référence pour un accès rapide et privilégié aux personnes référés mais aussi un retour facilité en 1re ligne lorsque requis;
- Appuyer l'intervention concertée (lorsque requise) sur un PSI structuré, établi en fonction des besoins de la personne.

E) • Établir des ententes et des mécanismes de liaison formels entre les services de 1re ligne (milieux scolaires, CSSS, GMF, cliniques privées, etc.) et les services spécialisés afin que le passage d'un niveau de service à un autre se fasse de façon cohérente et sans rupture;

• Hiérarchiser les services et soutenir cette hiérarchisation par des mécanismes bidirectionnels de référence pour un accès rapide et privilégié aux personnes référés mais aussi un retour facilité en première ligne lorsque requis.

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
Les mécanismes de liaison ne sont pas clairs entre toutes les instances de 1re ligne et la 2e ligne. Un protocole entre le centre Jeunesse et le CRPAT ainsi qu'entre la Villa-Marie-Claire et le CRPAT facilitent ce passage de la clientèle d'un niveau à l'autre, ce qui est très apprécié. Pour la clientèle adulte, les transitions entre les différents établissements ou niveaux de services ne sont pas faciles.	- S'assurer que soient établis des mécanismes notamment entre le CRPAT et les CSSS, ainsi qu'entre les CH et les CSSS ou le CRPAT.	Offre de service des établissements, rôles et responsabilités bien identifiés. Soutien logistique adéquat.

F) • Implantation de l'utilisation d'un PSI structuré, établi en fonction des besoins de la personne		
État de situation	**Actions à poser**	**Conditions favorables**
La situation de certaines clientèles requiert un PSI. Il s'agit principalement des jeunes en difficulté et des personnes avec une comorbidité dépendances-problèmes de santé mentale, des personnes en besoin de protection sociale (clients pour lesquels le traitement est une alternative à l'incarcération).	- Supporter l'implantation de guides de pratique, de protocoles et de PSI pour les clientèles concernées. - Tenir à jour, faire connaître et assurer des formations sur les meilleures pratiques auprès des clientèles présentant des situations complexes. - Accompagner l'implantation des outils en soutenant les intervenants et les gestionnaires.	Formation et support des intervenants à l'utilisation du PSI. Formation et support clinique des intervenants.

Orientations spécifiquement en regard de la qualité

- Augmenter le nombre de ressources offrant de l'hébergement en dépendances certifiées par le MSSS.

G) • Augmenter le nombre de ressources privées et communautaires offrant de l'hébergement en toxicomanie qui s'inscrivent dans le processus de certification du MSSS		
État de situation	**Actions à poser**	**Conditions favorables**
Le MSSS a mis en place une procédure de certification des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en toxicomanie. Cette procédure vise à assurer une qualité de services aux clientèles desservies.	- Supporter les ressources qui entreprennent une démarche.	Reconnaissance et valorisation de la démarche de certification par les partenaires. Participation au RLS de la (ou des) ressource(s) certifiée(s) d'un territoire.

Bibliographie

MSSS (2006). *Unis dans l'action, plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Gouvernement du Québec, Québec.

BÉGIN, C., APRIL, N., MORIN, R. (2005). *Consommation d'alcool au Québec et pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec-Mise à jour avril 2005*, Institut national de santé publique, Québec.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (février 2000). *Modèle d'organisation des services en alcoologie-toxicomanie* (MOS).

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2004). *Compilation effectuée à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée par Statistique Canada*, cycle 2.1, Québec.

STATISTIQUE CANADA (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : santé mentale et bien-être*, cycle 1.2, Ottawa.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2004). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : les points saillants*, Ottawa.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2006). *Enquête sur la consommation de tabac, alcool, drogues chez les élèves des écoles secondaires de l'Estrie,* Direction de la santé publique et de l'évaluation.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2004). *État de situation sur les jeux de hasard et d'argent en Estrie,* Direction de la santé publique et de l'évaluation.

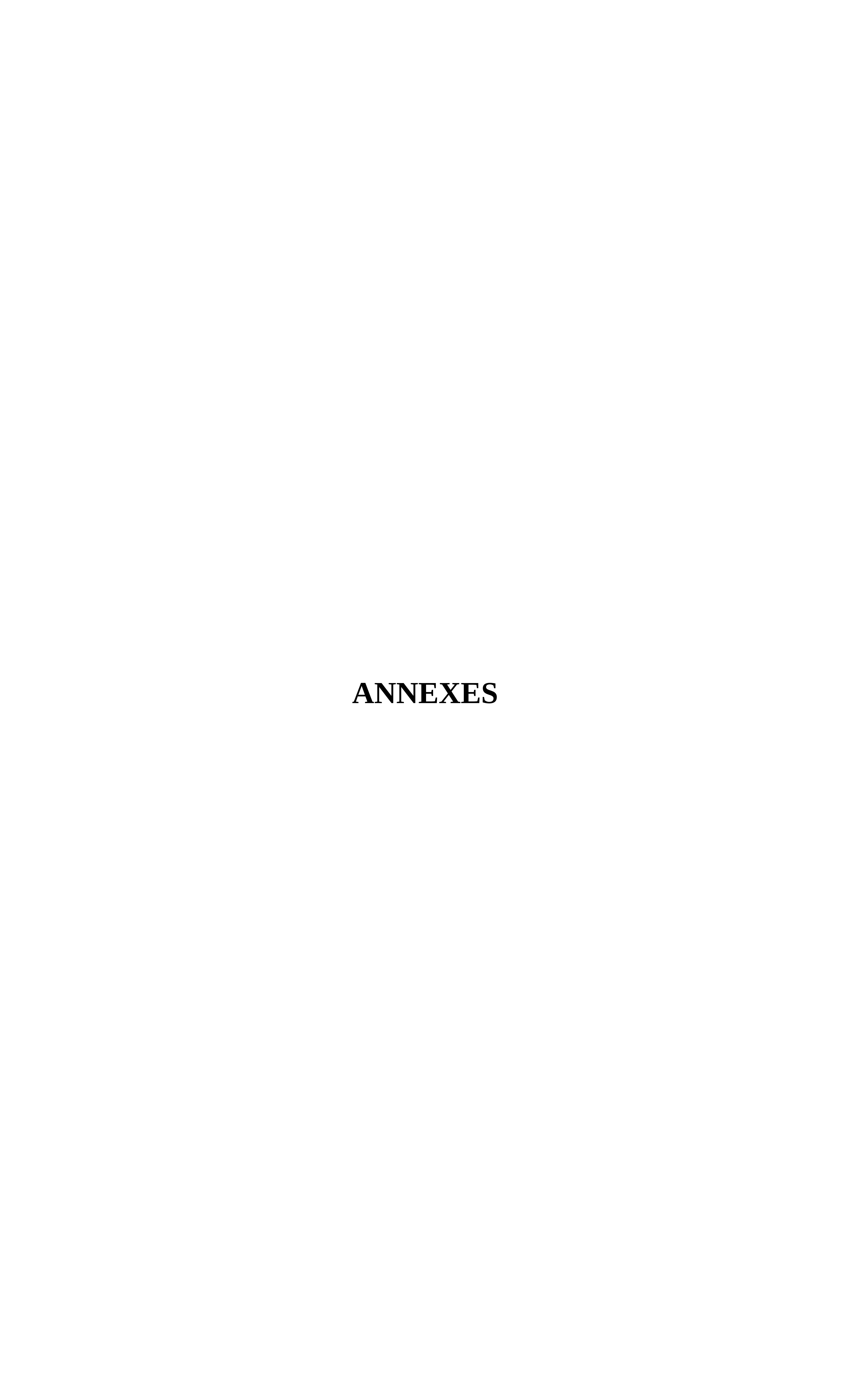
LAVENTURE, M., PAUZÉ, R., DÉRY, M. (2005). *La consommation de psychotropes chez les jeunes nouvellement inscrits à la prise en charge des CJ du Québec : Profils de gravité et caractéristiques associées*, Montréal.

ROBERTS, G., OGBORNE, A. (1999). *Meilleures pratiques. Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation*. Rapport préparé pour Santé Canada, Ottawa.

APRIL, N., BOURRET, A. (2004). *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Institut national de santé publique, Québec.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2006). Les coûts liés à la consommation d'alcool et de drogues au Canada, Ottawa

TREMBLAY, J., ROUILLARD, P. (2004). *Manuel d'utilisation DÈBA-A/D, dépistage/évaluation du besoin d'aide-Alcool-drogues, version 1.7* G, Service de recherche CRUV/Alto.



ANNEXES

OUTILS

Exemple de questions à poser lors d'une consultation ou entrevue avec un client dont le motif de consultation n'est pas la consommation d'alcool ou de drogues.

« Je vais vous poser quelques questions sur votre consommation de drogues et d'alcool. Certains aspects des questions ne s'appliqueront pas à votre situation. Je ne veux pas vous ennuyer, mais je dois poser les questions telles quelles. Veuillez simplement me répondre « oui » ou « non » dépendamment de votre situation. »

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ou de drogue?
   Oui ❑ Non ❑

2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogue? Oui ❑ Non ❑

3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ou que vous consommiez trop de drogue? Oui ❑ Non ❑

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool ou de drogue dès le matin pour vous sentir en forme?
   Oui ❑ Non ❑

« Une réponse positive à l'une des questions **pourrait** indiquer un risque d'encourir des conséquences néfastes reliées à la consommation. » Nous vous encourageons à discuter du résultat avec le client afin de déterminer s'il y a lieu de poursuivre avec DEP-ADO (jeunes) ou DÉBA (adultes).

Annexe 1

Fiche synthèse

DEP-ADO

http//www.risq-cirasst.umontreal.ca

Référence à l'outil	DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Version 3.1, octobre 2005, RISQ, Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J. (1999, 2000, 2003, 2005).
Clientèle visée (âge)…	Jeunes de 12 à 18 ans
But de l'outil	Dépister les adolescents qui font une consommation abusive d'alcool ou de drogues afin de les orienter vers des services appropriés. Toute utilisation pour des fins de catégorisation ne conduisant pas à une offre de service contrevient à l'essence même de l'instrument.
Utilisateur(s)	Principalement : Organismes de première.
Mode de passation	Questionnaire (7 questions) devant être utilisé en face à face ainsi qu'une feuille de codification.
Description	Un score en trois catégories permet de définir le niveau de risque ainsi que les actions suggérées (feu vert, jaune et rouge). Possibilité d'utilisation en mode auto-administré (avec supervision).
Validation québécoise	Études de validation qui ont permis d'évaluer les qualités psychométriques, tant au plan de la validité (de construit, de critère et convergente) que de la fidélité (test-retest, inter modes de passation, cohérence interne).
Temps de passation	10 à 15 minutes
Temps de correction	1 minute
Temps d'interprétation	1 minute
Exigences de formation	Un document explicatif accompagne la grille.
Supervision requise	Aucune
Instrument informatisé	Non
Avantages	Très facile d'utilisation, convivial et rapide. Constitue souvent une porte d'entrée pour discuter avec les jeunes des questions de toxicomanie.
Inconvénients	Ne peut dépister les jeunes qui font du déni, donc nécessite une plus grande investigation chez les jeunes identifiés « à risque ».
Pertinence au plan clinique	Permet de bien identifier les jeunes à risque « Feux rouges ». Les jeunes dépistés doivent être pris en charge et évalués à l'aide d'un instrument plus élaboré (suggestion : IGT-ADO). Les jeunes évalués « Feux jaunes » constituent un groupe pouvant bénéficier de mesures de prévention et d'informations plus poussées ou d'intervention brève.

* * * * * *

Annexe 1

Fiche synthèse

DÉBA

http//www.risq-cirasst.umontreal.ca

But de l'outil	Le DÉBA-A/D permet d'orienter les personnes vers un niveau de service approprié à la sévérité de leur problématique de consommation : 1. Vers les services de première ligne (ex. : CLSC) pour les individus présentant une consommation à risques et problématique. 2. Vers les services spécialisés pour les consommateurs abusifs ou dépendants (ex. : centres publics de réadaptation en toxicomanie). Il se présente sous deux versions, l'une pour la consommation d'alcool (DÉBA-A) et l'autre pour la consommation de drogues.
Utilisateur(s)	Tous les intervenants qui rencontrent des usagers pouvant présenter un problème lié à sa consommation de substances psychoactives (spa).
Description	Ce questionnaire évalue trois grands concepts : a) la fréquence de consommation d'alcool, de médicaments non-prescrits et de drogues; b) le degré de dépendance envers ces produits (parallèle avec le diagnostic de dépendance aux spa du DSM-I); c) Les conséquences négatives qu'ils ont occasionnées au cours de la dernière année (parallèle avec le diagnostic de dépendance aux spa du DSM-IV).
Validation québécoise	Depuis environ cinq ans, le DÉBA-A/D nettement franchi le stade de validité de façade. Utilisé dans les CSSS de plusieurs régions sociosanitaires de la province de Québec, il permet d'orienter adéquatement les personnes vers les bons niveaux de soins. Pour l'instant, les résultats sont concluants.
Temps de passation	La durée de passation est de 15 minutes maximum.
Temps de correction	La correction se fait en même temps que la passation.
Exigences de formation	Une formation est fortement recommandée.
Avantages	Il est rapide et facile à utiliser. De plus, il est du domaine public (aucuns frais d'utilisation).
Inconvénients	Plus long à utiliser qu'un pur outil de dépistage (ex. : CAGE).
Pertinence au plan clinique	Le DÉBA-A/D est un instrument qualifié « d'aide à la décision clinique ». D'une part, il permet de détecter les personnes présentant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue pour l'orienter vers un niveau de service approprié. D'autre part, l'évaluation est déjà faite pour les personnes orientées vers un service de première ligne.

* * * * * *

Annexe 1

IGT – ADO

Indice de gravité d'une toxicomanie

FICHE RÉSUMÉ

Clientèle visée		Les adolescents chez qui on a identifié un problème de surconsommatin d'alcool ou de drogues. Validé pour les ans ; peut s'utiliser aussi avec les 12-13 ans et les 18-21.
But de l'outil		Évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés chez les adolescents. Orienter un traitement approprié.
Utilisateur(s)		Des intervenants formés à la relation d'aide et qui ont reçu une formation spécifique à l'outil. L'IGT-ADO est conçu pour utilisation dans le cadre d'un traitement spécialisé en toxicomanie.
Description		Questionnaire semi-structuré, administré dans le cadre d'un entretien avec le jeune. Il comporte huit échelles donnant chacune une évaluation de la gravité : alcool, drogues, physique, occupation, état psychologique, relations familiales, relations interpersonnelles, système social et judiciaire, « Manuel de l'utilisateur » ainsi qu'un *« Guide de pratique clinique »* accompagne le questionnaire.
Validation québécoise		Validé en 2000 (Michel Landry, Louise Guyon, Jacques Bergeron et Geneviève Provost).
Temps de passation		90 minutes
Temps de correction		15 minutes
Temps d'interprétation		15-20 minutes
Exigences de formation		Deux jours de formation avec une relance d'une demi-journée.
Supervision requise		Souhaitable, surtout au début. Un comité de soutien provincial animé par le RISQ, assure le maintien de la qualité de l'utilisation ; les établissements qui l'utilisent peuvent y déléguer un représentant.
Instrument informatisé		Non
Avantages		Permet une évaluation biopsychosociale, une orientation vers des services spécialisés et la conception d'un plan d'intervention.
Inconvénients		Doit être pratiqué régulièrement pour être maîtrisé. Exige une formation.
Pertinence au plan clinique		Permet une évaluation globale et un bon contact avec le jeune. Peut être utilisé par le jeune comme une prise de conscience par l'intervenant pour le motiver. Permet aussi une orientation vers des ressources spécialisées.
Autre		Épidémiologie clinique, recherches évaluatives.

Note : Pour les adultes, il existe l'IGT-ADULTE.
IGT-ADO et IGT-ADULTE sont les outils d'évaluation utilisés dans la majorité des centres de réadaptation en alcoolisme-toxicomanie du Québec.

ALCOCHOIX +

INTERVENTION DE PREVENTION SECONDAIRE AUPRES DES BUVEURS A RISQUE

Directives sur la consommation d'alcool à faible risque

Elles recommandent que les femmes limitent leur consommation hebdomadaire à 9 consommations ou moins et les hommes à 14 consommations ou moins et il est suggéré, tant aux hommes qu'aux femmes, de ne pas boire plus de 2 consommations par jour.

Répartition des buveurs dans la population québécoise

20 % excèdent les directives de consommation à faible risque de l'O.M.S.

4 % assez de symptômes = Dépendance	16 % avec ou sans problème associé à leur consommation, mais volume de consommation qui les place à risque = 10 à 35 consommations chez les femmes = 15 à 35 consommations chez les hommes

16 % de la population peut bénéficier d'une approche comme ALCOCHOIX +

Le Programme Alcochoix +

Étape 1	Évaluation à l'aide de DEBA Alcool (intervenant Alcochoix + ou accueil CSSS)	
	Proposition de faire une démarche Alcochoix + selon l'une ou l'autre des trois formules :	
Étape 2	Formule *autonome* (bibliothérapie)	La personne évolue seule en utilisant le guide Alcochoix+
	Formule *guidée* ou *Dirigée*	Même démarche que la précédente avec en plus 2 rencontres avec l'intervenant
	Formule *groupe*	6 rencontres de groupe avec un intervenant

Les avantages du programme

- Il est validé, structuré et les résultats sont probants ;
- Les trois formules (autonomie, dirigée ou de groupe) en augmentent l'accessibilité ;
- C'est un service qui s'intègre bien à des services de 1re ligne ;
- Il s'adresse à une clientèle mal desservie (buveurs à risque) alors qu'on sait que les pronostics de succès sont élevés, en plus de réduire les accidents de la route, l'absentéisme au travail, les disputes et la violence.

Implantation au Québec

Une étude dans les CSSS de Québec a fait ressortir :

- Sur 124 personnes ayant suivi le programme : 62 ont choisi la formule dirigée ; 42 la formule autonome et 20 la formule de groupe ;
- Les participants sont des hommes majoritairement : 76 hommes vs 41 femmes ;
- Les hommes ont entre 40 et 49 ans et les femmes entre 30 et 39 ans ;
- La majorité des femmes consommaient entre 20-29 consommations/semaine et les hommes entre 30-35 consommations/semaine.
- Le programme s'est révélé une porte d'entrée aux services du CSSS pour ceux et celles qui présentaient d'autres problèmes ;
- Le soutien des gestionnaires a été déterminant dans l'implantation ;
- Des efforts de promotion et médiatisation ont augmenté significativement l'affluence au programme.

* * * * *

Annexe 3

PREVALENCE PAR MRC OPULATION 15 ANS ET + >DIRECTIVES DE CONSOMMATION A FAIBLE RISQUE ET POPULATION PROBABLE A FORTE DEPENDANCE
STAT-CANADA, ESCC2002 ET MANUEL D'UTILISATION DEBA-A/D

	Population excédant directives consommation alcool Faible risque (18,4 %)				Population forte probabilité dépendance (1,9 %)		
MRC	**Hommes (24,2 %)**	**Femmes (11,7 %)**	**Total (18,4 %)**		**Hommes**	**Femmes**	**Total**
Granit	2458	1127	3585		250	125	375
Des Sources	1504	743	2247		159	79	238
Haut-Saint-François	2416	1092	3508		245	122	367
Val-Saint-François	3118	1470	4588		323	161	484
Sherbrooke	15 464	8065	23 529		1683	841	2524
Coaticook	1999	938	2937		206	103	309
Memphrémagog	4962	2432	7394		522	262	784
TOTAL	**31 921**	**15 867**	**47 888**		**3388**	**1693**	**5081**

Clientèle potentielle en première ligne
70 % modifient leur consommation par eux-mêmes
→ 12 812 = besoin d'intervention

Clientèle potentielle en deuxième ligne
25 % modifient leur consommation sans traitement
→ 3811 = besoin intervention spécialisée

Annexe 4

LA CERTIFICATION PAR LE MSSS DES ORGANISMES OFFRANT DE L'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCES

La certification est une attestation de la conformité à des normes minimales définies par le MSSS. Elle est accordée dans un temps donné et s'inscrit dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité et de recherche de l'excellence au plus grand profit de la clientèle desservie.

La terminologie utilisée distingue les éléments de contenu, le processus et le résultat :

- Les éléments de **contenu** représentent les **normes** minimales pour s'assurer que la personne sera bien traitée et que l'intervention l'aidera, ou tout au moins ne lui nuira pas, dans un contexte sécuritaire et salubre ;

- Le **processus** se rapporte à une démarche volontaire de **qualification** (un organisme se qualifiant ou non selon les normes établies) ;

- Le **résultat** fait référence à une **certification** obtenue par un organisme à la suite d'une démarche de qualification, attestant de son respect des normes.

AVANTAGES

➢ **Pour la population, la certification :**

- Favorise la protection des utilisateurs de services ;
- Confirme que les organismes satisfont aux normes établies par le MSSS ; permet de disposer d'information pour choisir un organisme d'intervention en toxicomanie ;
- Permet de disposer d'information pour choisir un organisme d'intervention.

➢ **Pour l'organisme, la certification :**

- Lui permet d'être inscrit dans un annuaire d'organismes certifiés diffusé auprès des organismes susceptibles d'y orienter leur usagère.

POUR PLUS D'INFORMATION :

http//www.msss.gouv.qc.ca

* * * * * *